

Quel impact les lésions périnéales, qu'elles soient d'étiologies spontanées, traumatiques, ou induites par les modalités d'accouchement, ont-elles sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la première année qui suit l'accouchement?

**Mémoire de fin d'étude
Travail Bachelor**

DELPECH Clémence
(Numéro de matricule fédéral : 06324461)

DUSSANS Elise
(Numéro de matricule fédéral : 08577058)

Directrice de mémoire : GENDRE Anne – Chargée de cours

Genève, septembre 2012

REMERCIEMENTS :

A Anne Gendre, pour sa patience, son implication et ses corrections méthodiques.

A Béatrice Van der Schueren, pour avoir accepté de participer à notre travail.

Au Dr Chatton, pour ses explications, tous les ouvrages qu'il nous a prêtés avec confiance et sans lesquels nous aurions eu des difficultés à référencer notre mémoire.

A Barbara Kaiser, directrice du module, qui nous a guidé et encouragé au fil des séminaires.

A nos familles et partenaires respectifs, qui nous ont supportés et donnés confiance lors de ce travail et surtout pendant ces quatre années de formation.

A toutes les filles de la volée SF-BSC 09, et cette complicité qui a rendu chaque étape de la formation plus agréable.

MERCI A TOUS ET TOUTES

ABSTRACT :

Contexte : Malgré l'augmentation de l'exposition et de la médiatisation de la sexualité dans notre société, ce thème est peu abordé en période périnatale. Souvent tabou pour les patientes et/ou tu par les sages-femmes, ce sujet est passé sous silence. Cependant, l'accession à la parentalité est un bouleversement pour les couples et leur sexualité, d'autant plus si l'accouchement par voie-basse constitue un traumatisme pour le corps de la femme et plus particulièrement pour son périnée. Qu'elles soient d'étiologies spontanées, traumatiques ou induites par les modalités d'accouchement, les lésions périnéales sont fréquentes et souvent banalisées. De fait, leurs conséquences sur la reprise et le vécu de la sexualité sont peu étudiées. C'est à la suite de ce constat et des situations rencontrées en stage que nous avons décidé d'investiguer cette thématique.

Objectif : L'objectif de notre travail est d'étudier l'impact des lésions périnéales sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la première année qui suit la naissance.

Méthode : Nous avons effectué une revue de la littérature scientifique en utilisant les bases de données usuelles en santé. La sélection et l'analyse critique des articles identifiés ont été faites en utilisant l'une des grilles de lecture du Journal of American Medical Association (JAMA). Sur trente articles identifiés, cinq répondaient à nos critères de sélection.

Résultats : Les différents auteurs concluent que la reprise des rapports sexuels se fait en moyenne entre 2 et 4 mois post-partum. Les conséquences des traumatismes périnéaux sur la vie sexuelle divergent en terme de durée et de sévérité selon les auteurs, mais tous s'accordent à dire, qu'un haut degré de déchirure périnéale (3^{ème} ou 4^{ème} degré) ainsi qu'un accouchement instrumenté sont les principaux facteurs de risque de troubles de la sexualité (dyspareunie, diminution de la satisfaction...) jusqu'à un an post-partum. D'autres résultats sont apportés par cette revue de la littérature, comme le fait que les couples qui n'ont plus de sexualité à partir de la 12^{ème} semaine de gestation, sont à haut risque de ne pas reprendre les rapports sexuels, et cela jusqu'à un an post-partum.

Conclusion : On peut affirmer que les lésions périnéales ont un réel impact sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la première année qui suit la naissance. Cependant, elles ne sont pas les seules responsables des modifications de la sexualité en post-partum et ce sujet complexe mériterait un travail plus approfondi afin de prendre en considération les multiples dimensions qu'il comporte.

Mots clés : déchirures, épisiotomie, rapports sexuels, fonction sexuelle, dyspareunie.

ABREVIATIONS :

A

- **AVB** : Accouchement par voie-basse
- **AVB_{instru}** : Accouchement instrumenté (forceps ou ventouse)
- **AVB_{sp}** : Accouchement par voie-basse spontanée
- **AVB_{sut}** : Accouchement par voie avec déchirure nécessitant une suture

C

- **César_{elect}** : Césarienne électorive
- **César_{urg}** : Césarienne en urgence

D

- **Dech** : Déchirures
- **Dech 1** : Déchirure du 1^{er} degré
- **Dech 2** : Déchirure du 2^{ème} degré
- **Dech 3** : Déchirure du 3^{ème} degré
- **Dech 4** : Déchirure du 4^{ème} degré

E

- **Episio** : Episiotomie
- **EPDS** : Edinburg Post-partum Depression Scale (Annexe I)

F

- **FSFI** : The Female sexual Function Index (Annexe II)

I

- **IIEF** : International of Erectile Function (Annexe III)

P

- **PI** : Périnée intact
- **PP** : Post-partum

R

- **RCIU** : Retard de croissance intra-utérin.
- **RS** : Rapport sexuel

S

- **SA** : Semaines d'aménorrhées
- **SG** : Semaines de grossesse

T

- **TA** : Tension artérielle

1. INTRODUCTION - QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL :	7
2. CADRE DE REFERENCE	12
2.1. La sexualité	13
2.1.1. Les rapports sexuels	13
2.1.2. La santé sexuelle	15
2.1.3. La sexualité féminine	16
2.1.4. Sexualité féminine et maternité	18
2.1.5. L'importance de la sexualité pour le couple et la famille	22
2.1.6. Les modèles de sexualité	23
2.1.7. Les troubles sexuels	27
2.2. Le périnée	30
2.2.1. Anatomie du périnée	31
2.2.2. Les rôles du périnée	33
2.2.3. Modifications anatomiques des organes génitaux féminins pendant les rapports sexuels	33
2.2.4. Grossesse et périnée	34
2.2.5. Accouchement et périnée	35
2.3. Les différentes modalités d'accouchement	37
2.3.1. L'accouchement physiologique	38
2.3.2. L'accouchement instrumenté	38
2.3.3. La césarienne	38
2.3.4. Impact de l'accouchement par voie basse dans le lien mère-enfant	39
3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	41
4. ANALYSE CRITIQUE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	46
4.1. Description de la revue de la littérature	47
4.2. Analyse critique de la revue de la littérature	54
4.2.1. Analyse de l'étude de Radestad et al.	54
4.2.2. Analyse de l'étude de Signorello et al.	56
4.2.3. Analyse de l'étude de van Brummen et al.	58
4.2.4. Analyse de l'étude de Buhling et al.	60
4.2.5. Analyse de l'étude de Safarinejad et al.	62
4.3. Revue de la littérature	65
4.3.1. Reprise des rapports sexuels :	65
4.3.2. Vécu de la sexualité.	67
4.3.3. Résultats supplémentaires.	71

5. DISCUSSION.....	74
5.1. Mise en lien des résultats de la revue de la littérature avec la problématique.....	75
5.2. Retour dans la pratique, perspectives professionnelles et élargissement des connaissances.	77
5.2.1. Niveau organique.	78
5.2.2. Niveau psychoaffectif.	80
5.2.3. Niveau socioculturel	81
5.3. Faiblesses et forces de notre travail.....	83
6. CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES.....A)	
Annexe I : EPDS	
Annexe II : FSFI	
Annexe III : IIEF	
Annexe IV : Approche sexo-corporelle	
Annexe V : Capture d'écran	
Annexe VI : Fiche de lecture, Radestad et, al.	
Annexe VII : Fiche de lecture, Signorello et, al.	
Annexe VIII : Fiche de lecture, van Brummen et, al.	
Annexe IX : Fiche de lecture, Buhling et, al.	
Annexe X : Fiche de lecture, Safarinejad et, al.	

1. INTRODUCTION - QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL :

« Ne pas parler de sexualité... c'est ne pas parler de soi » (Conte, 1980, p. 65).

Tout commence par là... l'acte sexuel initie notre création qui s'achève par le passage dans « le tunnel d'amour » (Van Eersel, 2008, p. 404) de notre mère jusqu'à notre arrivée sur terre et cela, depuis l'existence de l'homme. Ce même auteur s'exprimait ainsi, lors d'une conférence en 2010 sur son ouvrage *Mettre au monde, enquête sur les mystères de la naissance*. «Pendant longtemps, j'ai pensé que l'enfant était le fruit de l'orgasme de ses parents, c'était avant de saisir toute la complexité de la sexualité».

Bien qu'essence de la vie, la sexualité n'est pas pour autant une évidence. C'est un sujet à la fois sacré, tabou, intime et personnel. Elle est source d'inspiration depuis toujours comme en témoigne le tableau de Gustave Courbet, « L'origine du monde », peint en 1866, qui représente de façon très réaliste le sexe et le ventre d'une femme nue allongée sur le dos, les cuisses écartées, de façon à ce que nous ne discernions ni son visage, ni ses jambes. Cette œuvre provocante au 19^{ème} siècle est toujours influente de nos jours. A l'époque, aborder la sexualité à travers le corps nu et le sexe d'une femme relevait de la pornographie, de l'inimaginable ; quel paradoxe avec notre 21^{ème} siècle qui fait de ce même corps dénudé et sa sexualité un produit marketing...

La médiatisation et l'exposition de la sexualité ont considérablement évolué en 200 ans. Elle est devenue partie intégrante des médias et se retrouve promouvant à outrance des normes physiques et sexuelles, comme si les tabous des siècles précédents s'étaient levés aussi bien sur l'intimité des corps que sur les pratiques sexuelles. Et pourtant...

C'est à partir de ce « et pourtant... » que débute notre intérêt pour ce sujet. Notre futur métier de sage-femme n'existerait pas sans acte sexuel et cela malgré les nouvelles technologies permettant d'enfanter sans faire l'amour.

La sexualité est également une problématique d'actualité et de société avec cette caractéristique de l'avoir toujours été. Malgré l'étalage d'ouvrages, de magazines, d'émissions qu'il est possible de trouver, nous avons le sentiment qu'il n'est pas évident de savoir à qui s'adresser en cas de problème se rapportant à l'intimité sexuelle. En effet, il est aussi difficile de se documenter sur les réflexions de grands auteurs qu'il est facile de feuilleter toute sorte de littérature non scientifiquement fondée ventant les pratiques menant à l'épanouissement sexuel.

Les informations couramment répandues dans les médias mènent la vie dure à la sexualité. Il semble si facile d'être épanoui... Et pourtant. Cette facilité déconcertante ainsi exposée enferme les femmes, les hommes et donc les couples dans leurs difficultés, n'osant plus les exprimer de par la honte générée. On ne parle plus de santé sexuelle mais de sexe et il se consulte tel une recette dont l'assaisonnement dépend de l'éditeur ou du réalisateur... Et le chamboulement que constitue le processus de la parentalité n'arrange rien...

La grossesse et la maternité sont la suite logique de la sexualité, elles en découlent... et les unes comme les autres apportent leurs lots d'apprentissages, d'interrogations et de remises en question.

Nous avons chacune rencontré des couples exprimant leurs difficultés à la suite d'une grossesse, d'une naissance, et avons cherché à comprendre d'où venait la gêne à aborder le sujet.

Après nous être interrogées sur la surexposition de la sexualité, nous nous sommes demandé où les couples allaient chercher les informations répondant à leur questionnement sur la façon de vivre maternité et sexualité.

Les sites internet et les forums regorgent d'interrogations concernant ce sujet pendant et après la grossesse ; temps d'attente avant la reprise des rapports, douleurs ressenties, appréhensions, troubles libidinaux, sensation d'une anatomie déformée, élargie, ou rétrécie... Toutes ces inquiétudes sont légitimes ; nous les avons régulièrement discutées avec des patientes lors de nos stages.

Au-delà des représentations et des croyances, il y a la réalité : la femme accouche par son sexe et cette zone lors de l'accouchement peut être la source de diverses complications anatomiques et mécaniques à plus ou moins long terme. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées dans la littérature scientifique, sont l'incontinence urinaire (26%) (Farrel, Allen, et Baskett, 2001), et/ou fécale (9%) (Abramowitz et al., 2000 ; Benifla et al., 2000), les prolapsus génitaux (Deval, Rafii, Poilpot, Aflack, & Levardon, 2002) les douleurs chroniques (Landau, 2007), et les dyspareunies (Fatton et al., 2009), et d'après les statistiques suisses de la santé publiées en 2007 sur les rapports des maternités helvétiques, 33,1% des femmes ont été déchirées lors de leur accouchement par voie basse et 26,8% ont eu une épisiotomie (Schwab & Zwimpfer, 2007). La distribution de ces traumatismes périnéaux est représentée dans le tableau 1 :

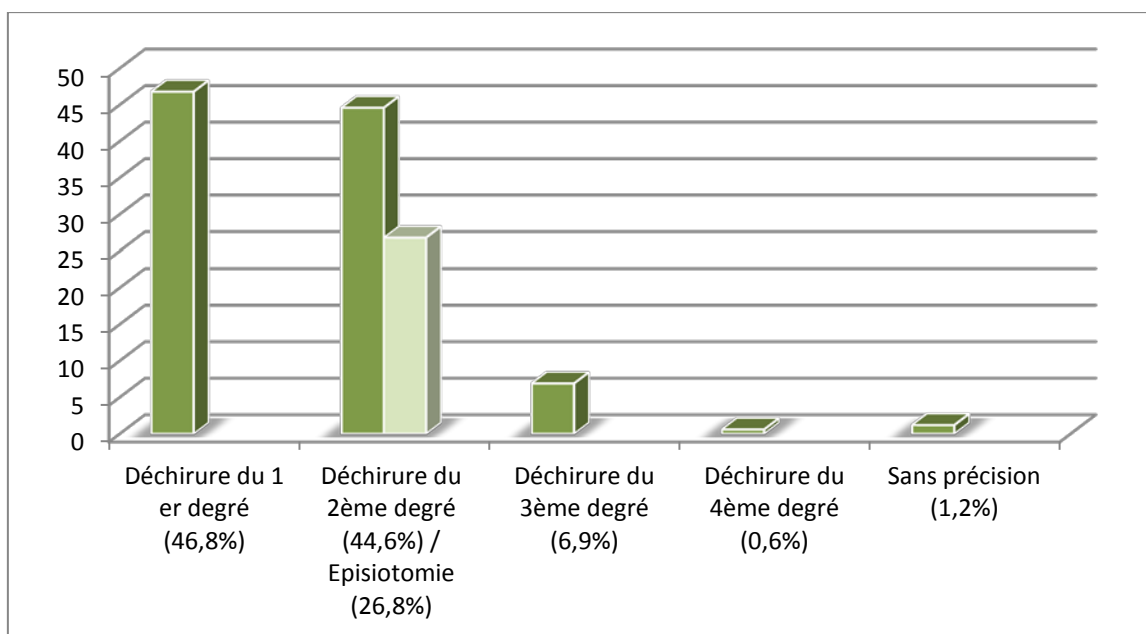


Tableau 1 : Répartition des déchirures et épisiotomies lors d'un accouchement par voie basse en 2004 (Schwab & Zwimpfer, 2007).

Ces chiffres démontrent que les femmes souffrent de lésions périnéales de différentes gravités suite à un accouchement. De plus, un périnée intact n'est pas la garantie d'une sexualité du post-partum aisée. Ainsi, la population potentiellement sujette à des difficultés pour la reprise des rapports sexuels représente la majorité de nos patientes !

Les situations rencontrées en stage – notamment en salle d'accouchement et en post-partum – nous ont confrontées à la réalité des traumatismes périnéaux, des inquiétudes des femmes et des réactions des professionnels qui en découlent. Femmes dans une société que nous observons et ressentons en termes de « norme féminine et sexuelle », nous considérons la santé sexuelle au 21^{ème} siècle comme un droit. C'est suite à ces différentes réflexions et constatations sur notre profession et son impact dans la vie des couples que notre sujet de mémoire est né. Nombreuses ont été nos interrogations par la suite :

A quel point ce sujet est-il encore tabou et à quel point doit-il le rester ? Quel est l'impact de la sexualité dans un couple ? Au sein d'une famille ? Quelles sont les connaissances des couples sur la sexualité et la maternité ? A quel point est-il important de parler de sexualité avec les deux partenaires ?

Quel est le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de la sexualité ? De quelle façon nos actes professionnels peuvent-ils impacter la reprise de la vie intime ? Quelle prise en charge est proposée que ce soit en prénatal ou en post-partum en ce qui concerne la sexualité ? Quelles sont les mesures existantes pour les accompagner dans la reprise de la sexualité ? Ces mesures sont-elles efficaces ?

Des déchirures spontanées ou des épisiotomies, lesquelles permettent une reprise de la sexualité la plus facile ? Est-ce que le degré de gravité de déchirure impacte le taux de trouble de la sexualité du post-partum ? Si oui, jusqu'à quel point ? Les accouchements instrumentés causent-ils plus de troubles de la sexualité que les accouchements spontanés ? Si oui, dans quelle mesure ?

Sur quelles variables pouvons-nous agir en tant que sage-femme, pour promouvoir la santé sexuelle pendant la maternité, et principalement en post-partum ?

Nous ne sommes ni sexologues ni psychologues. C'est en tant que sages-femmes que nous souhaitons trouver des réponses à ces différentes questions afin de définir et clarifier notre rôle dans ce domaine auprès des femmes et de leur partenaire en période périnatale.

La maternité, dans ses dimensions psychique et physique, a un impact certain sur le vécu de la sexualité chez les nouveaux-parents. Dans le cadre de ce travail, nous choisissons d'explorer l'impact de l'accouchement au niveau physique.

Futures sages-femmes, le corps est un des centres de nos préoccupations. Après chaque accouchement que nous avons accompagné pendant ces quatre

ans, nous avons pu constater à quel point l'anatomie périnéale de la mère est brusquée par le passage de son enfant : une vulve béante, ensanglantée, agrandie par une déchirure naturelle, un coup de ciseaux, ou le passage d'un instrument n'est que monnaie courante... Il est difficile d'imaginer que ce même lieu, a été et redeviendra un endroit d'érotisme et d'intimité appartenant seulement à la femme, nouvelle ou déjà mère ainsi qu'à l'homme avec lequel elle décide de le partager.

C'est ainsi que nous sommes arrivées à l'interrogation finale suivante :

Quel impact les lésions périnéales, qu'elles soient d'étiologies spontanées, traumatiques, ou induites par les modalités d'accouchement ont-elles sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la 1^{ère} année qui suit l'accouchement ?

Nous aborderons dans un premier temps le thème de la sexualité en général. Celui-ci est au cœur de notre sujet et sous-tend toute notre réflexion et questionnement. Ensuite, nous parlerons plus particulièrement de la sexualité des femmes nouvelles mères. Nous travaillerons sur les différents modèles conceptuels de sexualité afin de l'aborder sous plusieurs angles ce qui nous permettra de déterminer un cadre théorique et ainsi conceptualiser certaines notions en lien à notre sujet pouvant éclairer la problématique. Nous traiterons ensuite de l'anatomie du périnée féminin, son importance, ses rôles, et les modifications qu'il subit, notamment lors d'un accouchement par voie basse. Enfin nous détaillerons les différentes modalités de ceux-ci et leurs conséquences. Puis nous nous pencherons sur ce que la littérature scientifique propose en réponse à notre questionnement. Après une partie méthodologique, nous résumerons puis analyserons les articles que nous avons sélectionnés. Enfin, nous corrélerons les informations récoltées afin de discuter des différentes réponses possibles à notre questionnement. Nous tenterons ainsi de clarifier notre rôle sage-femme dans ces accompagnements spécifiques ainsi que les conduites à tenir qui pourraient en découler.

2. CADRE DE REFERENCE

2.1. La sexualité

S. Freud¹ est l'un des premiers à s'être intéressé et surtout à avoir osé aborder cette thématique, notamment en ce qui concerne la sexualité féminine qu'il traite sous l'angle de la psychanalyse. Son ouvrage *Trois essais sur la théorie de la sexualité* écrit en 1905 fait encore foi dans le domaine.

La construction sexuelle selon un point de vue freudien se constitue dès la plus tendre enfance. Il met en évidence que l'épanouissement de la vie sexuelle est difficile et qu'elle peut être au centre de conflits psychiques intenses (Freud, 1905; Lire, 2008).

Ses écrits, novateurs au début du 19^{ème} siècle, ont été investigués par d'autres et sont sortis du cadre exclusif de la psychanalyse. Sigmund Freud se penche peu sur les éléments somatiques de la sexualité, puisque la base même de son approche est abordée selon un angle psycho-dynamique, donc résultant de procédés d'investigation de processus psychiques (Association psychanalytique internationale, 2010; Lire, 2008). Or, notre angle d'exploration est axé sur le corps.

S'il est souvent difficile de parler de la sexualité de par ses tabous, il n'est pas plus aisé de parcourir la littérature qui l'aborde. En effet, il existe de nombreuses philosophies et modèles de sexualité et les différents auteurs ne s'accordent pas toujours dans les définitions les plus larges.

Afin d'établir un cadre de référence précis et complet sur la sexualité en rapport avec notre sujet, nous allons dans un premier temps définir certains concepts primordiaux, tels que les rapports sexuels et la santé sexuelle. Ensuite, nous aborderons la sexualité féminine, sous un angle historique et physiologique, avant de détailler la sexualité des femmes au cours de l'expérience de la maternité, principalement dans la période post-natale.

Enfin, et de façon à pouvoir appréhender les troubles sexuels sous un angle professionnel, nous nous pencherons sur les différents modèles de sexualité existant se rapportant à notre problématique. Nous avons fait le choix de développer plus particulièrement l'approche sexocorporelle de Jean-Yves Desjardins pour des raisons que nous expliciterons dans la partie concernée.

2.1.1. Les rapports sexuels

Il n'y a pas de consensus autour de la définition d'un « rapport sexuel ».

Celle du *Larousse Maxipoche 2013*, (2012) est la suivante :

« *Rapport(s) sexuel(s) ou rapport(s)* : Voir Coït. » (p.1158).

¹ Sigmund Freud : Originaire d'une famille juive réfugiée à Vienne. Il obtient son diplôme de la faculté de médecine en 1881, et s'intéresse tout d'abord à la neurologie. C'est après avoir rencontré nombre de professeurs, et de médecins, qu'il a développé son intérêt et ses théories sur les bases de la psychanalyse, notamment en lien avec la sexualité. A partir de 1920, il oppose les principes de vie et de mort qui composent chaque être, défini par le ça, le moi et le surmoi. Il est aujourd'hui considéré comme le père de la psychanalyse (Evene, 2012; Favre, 2008).

« Coït n.m: (du lat. *croire*, aller ensemble). Accouplement du mâle et de la femelle dans l'espèce humaine ou chez les animaux SYN. : *copulation* » (p. 263).

Ce type de définition exclut la masturbation, qui n'en reste pas moins un acte sexuel (Agmo, 2007; El Feki, 2007; Masters & Johnson, 1979).

Le *Dictionnaire de la Sexualité* (1999), quant à lui n'utilise pas l'expression « rapport sexuel », mais également le terme « coït » qu'il agrmente ensuite d'autres éléments. Voici son contenu

COÏT : Union sexuelle de l'homme et de la femme qui normalement débouche sur l'orgasme, point culminant du plaisir. Le coït peut être vaginal (intromission du pénis dans le vagin) ou anal (intromission du pénis dans l'anus [...]). [...] La possession sexuelle se fait dans diverses postures ou positions (Habert & Habert, 1999, p. 45).

Les auteurs détaillent ensuite la durée, et la fréquence des rapports sexuels moyens d'un couple et insistent sur l'importance des « préludes » sans lesquels le « coït » tel qu'ils le définissent ne peut être de qualité.

PRELUDES : Ensemble de gestes, de caresses, d'étreintes, d'attouchements, de baisers, chuchotis de mots tendres ou érotiquement obscènes, le prélude précède le coït et la réussite de ce dernier en dépend. Dans le prélude s'épanouit la liberté, se fait la découverte réciproque des corps et s'exacerbe le désir. [...] Dialogue amoureux qui ouvre les portes du plaisir, [...] apporte à l'homme comme à la femme des sensations délicieuses et irremplaçables. (Habert & Habert, 1999, p. 134).

Le rapport sexuel défini comme coït (*Larousse 2013, 2012*) n'est pas erroné, mais cette vision peut être considérée comme réductrice de la sexualité, comme l'une des ses facettes potentielles, ou, lorsque la pénétration a lieu, comme l'une de ses étapes.

Certains auteurs tels que William, H. Masters et Virginia E. Johnson, sexologues américains et pionniers en matière de sexologie humaine enrichissent la définition de rapport sexuel avec d'autres notions. En effet, il est aussi possible de l'envisager comme une relation humaine. Il impliquerait alors plusieurs individus autour d'un comportement qualifié de sexuel, qui peut aboutir ou non à une pénétration. (El Feki, 2007; Masters & Johnson, 1979).

D'une manière plus générale, les comportements sexuels sont à l'origine de réactions sexuelles, différentes mais comparables, chez l'homme et la femme (Masters & Johnson, 1979).

Ces réactions sexuelles entraînent des modifications anatomiques et physiologiques. Lorsqu'elles se déroulent dans leur intégralité, elles sont composées des 4 phases progressives suivantes : la phase d'excitation, la phase en plateau, la phase de l'orgasme, la phase de résolution. (Masters & Johnson, 1979). Nous développons en détail les réponses sexuelles du corps de la femme lors de chacune de ces étapes dans le paragraphe de la sexualité féminine.

Chaque phase comporte des variations intrinsèques et personnelles importantes de durée et d'intensité.

Cette vision de la sexualité est qualifiée par les auteurs, eux-mêmes, d'arbitraire (Masters & Johnson, 1979). Elle permet cependant de poser un cadre anatomique à la sexualité afin de pouvoir situer les réactions physiologiques des réponses à l'excitation sexuelle des humains lors des comportements sexuels.

Le NANDA international (North American Nursing Diagnosis Association) décrit 4 autres phases qu'il est possible de mettre en parallèle avec celles de Masters & Johnson, et qui sont plus contemporaines : la phase de désir, la phase d'excitation, la phase d'orgasme et la phase de résolution. Le fait d'intégrer la notion de désir directement dans la réponse sexuelle permet de rajouter une nouvelle dimension aux réponses sexuelles (AFEDI & AQCSI, 2008).

2.1.2. La santé sexuelle

Tout comme nous l'avons déjà précisé dans notre introduction, de nombreuses études et/ou ouvrages (El Feki, 2007; Serati et al., 2010) qui traitent de la sexualité et de ses troubles, qu'ils soient en post-partum ou non, justifient leurs travaux en soulignant l'importance de la santé sexuelle chez les êtres humains. Elle est, pour nous, capitale et justifie à elle seule, l'importance de notre problématique.

Elle a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1975.

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST² (OMS, 1975 cité par El Feki, 2007, p. 17).

Ce concept est né après la définition de la santé³ de l'OMS établie en 1946, et suite à l'apparition des contraceptifs oraux dans les années 1970, qui ont permis à la sexualité de se libérer de la reproduction (Baulieu, Héritier, & Leridon, 1999).

La libération des mœurs, qui résulte en grande partie de la révolution sexuelle des années 1960, a permis la prise de conscience de l'importance de la santé sexuelle en terme de comportement, non seulement pour la conserver, mais aussi pour l'améliorer (Chevret-Measson & Brenot, 2004; Coglitore, 2004; El Feki, 2007).

Pour pouvoir l'acquérir, des conditions doivent être remplies. En effet, la santé sexuelle est aussi définie comme un droit (El Feki, 2007) et nécessite une volonté, voire une lutte, pour l'obtenir et la conserver. D'un point de vu individuel, chaque personne qui la désire doit pouvoir assimiler des connaissances objectives sur la sexualité (organes génitaux et reproduction, mais aussi notions de plaisir,

² MST : Maladies sexuellement transmissibles

³ La santé : Etat de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946).

désir...), sur les maladies sexuellement transmissibles (définitions, préventions), sur la perception de sa sexualité, et sur les capacités sociales et relationnelles (empathie, respect...). A l'échelle institutionnelle, les moyens d'atteinte de la santé sexuelle se répartissent sur trois niveaux: l'information, le conseil, et la thérapie (Chevret-Measson & Brenot, 2004; Coglitore, 2004; El Feki, 2007).

La santé sexuelle fait partie intégrante de la profession de sage-femme. Elle rencontre les couples à un instant de leur existence qui est intimement lié à leur sexualité, et de ce fait détient une place privilégiée. Elle a la possibilité d'intervenir à différents niveaux, notamment sur l'information, le conseil, la prévention, la promotion de la santé...

Cependant, malgré son caractère d'importance, il est possible de trouver dans la littérature des taux de troubles de la sexualité, donc par extension des troubles de la santé sexuelle, élevés. En effet, pour certains, la prévalence des troubles de la sexualité et de son expression va de 40 à 45% chez les femmes et de 20 à 30% chez les hommes (Lewis et al., 2004). D'autres pourcentages vont bien au-delà de ceux-ci ; ils décrivent que 98.8% des femmes rapporteraient un souci sexuel, les plus fréquents étant le manque d'intérêt (87.2%), les problèmes d'orgasme (83.3%), une lubrification inadéquate (74.7%) et des dyspareunies (71.7%) (Nusbaum, Gamble, Skinner, & Heiman, 2000).

Pour essayer de mieux comprendre ces taux élevés de trouble de la sexualité que rencontrent les femmes, il nous semble nécessaire de se focaliser, dans un premier temps, sur les mécanismes physiologiques des réponses sexuelles du corps féminin, ainsi que s'attarder quelque peu sur l'histoire de la sexualité féminine au fil des siècles.

2.1.3. La sexualité féminine

Qualifiée de « continent noir » par Sigmund Freud, la sexualité féminine est longtemps restée un mystère. L'orgasme féminin n'est pas indispensable à la fécondation et des siècles sont passés sans qu'aucune attention ne lui soit portée (Ionenet, 2012).

Alors que le plaisir féminin est associé à la douleur ou à la révolte aux 16^{ème} et 17^{ème} siècles, les mœurs concernant la sexualité des femmes commencent à se libérer au 18^{ème} siècle sous les Lumières. Elle redevient puritaine sous le contrôle médical et religieux au 19^{ème} siècle, période au cours de laquelle les femmes se voient confinées au rang de mère ou de « putain » (Chevalier, 2012). Sexualité féminine et reproduction humaine font partie intégrante de l'ordre du monde et ne sont pas perçues comme pouvant être deux entités séparées. Les rapports sexuels ne doivent alors être pratiqués qu'en vue d'une fécondation et le plaisir charnel est un péché (Bozon, 2012). Cet ordre cesse d'être naturel, à la fin du 19^{ème} siècle, lorsque la sexualité est définie par « l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct et à la satisfaction » (Habert & Habert, 1999, p. 5).

Par la suite, la sexualité de la femme a été étudiée, notamment par Masters & Johnson qui ont divisé le cycle des réactions sexuelles de la femme en quatre phases.

- **La phase d'excitation** : Elle peut être déclenchée par n'importe quelle source de stimulation (facteur capital à la création d'une tension sexuelle suffisante au développement du cycle), d'ordre physique ou psychique (Masters & Johnson, 1979). Elle se traduit par la lubrification des parois du vagin, l'augmentation du volume du clitoris et de la poitrine ainsi que l'érection des mamelons (Agmo, 2007).

- **La phase en plateau** : Elle se traduit par l'intensification des tensions sexuelles afin d'atteindre un degré d'excitation permettant l'orgasme. Elle se caractérise par le gonflement des mamelons, l'augmentation de la respiration, du rythme cardiaque et de la circulation sanguine, la rétractation du gland du clitoris sous son capuchon ainsi que le gonflement et l'augmentation du volume des petites lèvres. Elle peut être plus ou moins longue selon l'efficacité de l'excitation employée (Masters & Johnson, 1979).

- **La phase orgasmique** : Elle est « limitée aux quelques secondes durant lesquelles la vaso-constriction et la myotonie issues de l'excitation sexuelle se relâchent » (Masters & Johnson, 1979, p. 22). Elle représente l'accroissement maximal de la tension sexuelle à un moment précis et se traduit par des contractions répétées au niveau du vagin (Agmo, 2007). La sensation subjective de l'orgasme prend place au niveau pelvien et se localise principalement dans le clitoris, le vagin et l'utérus. La participation du corps dans son entier est spécifique et différent selon les femmes. On constate cependant de nombreuses variations dans l'intensité et la durée de l'expérience orgasmique chez la femme contrairement à l'homme (Masters & Johnson, 1979).

- **La phase de résolution** : Elle se définit par « un type de réaction inverse qui conduit l'individu à un état de non excitation en passant par la phase en plateau et celle d'excitation » (Masters & Johnson, 1979, p. 23). Contrairement aux hommes, les femmes ont la possibilité de faire l'expérience d'un nouvel orgasme à n'importe quel moment de la phase de résolution, pour peu que la stimulation à laquelle elles sont soumises à ce moment là soit suffisante.

Cette classification a ensuite été reprise depuis par Helen Singer Kaplan⁴. Celle-ci y a rajouté la notion de désir, déjà citée par le NANDA international, composante physiologique et subjective nécessaire à l'élaboration des 4 phases décrites par Masters & Johnson. Le désir n'entraîne pas de réaction physiologique, d'où le fait que certains ne le considèrent pas comme une phase. Il est une intention d'avoir des contacts sexuels, précède les comportements et doit se maintenir tout au long de l'activité sexuelle afin que l'envie de poursuivre reste

⁴ Helen Singer Kaplan: sexologue et ancienne professeure de psychiatrie clinique au Cornell Medical Center du New York Hospital, elle a été fondatrice et directrice du Human Sexuality Program à cette même institution. Membre de l'American Academy of Psychoanalysis, elle a également écrit plusieurs livres qui ont connu un grand succès international.

présente. Il est cependant possible de débiter des comportements sexuels sans désir mais le plaisir sera moins grand (Fafard Campbell, 2012)⁵.

2.1.4. Sexualité féminine et maternité

Le choix de notre sujet nous amène à parler plus particulièrement de la sexualité de la femme dans le contexte de la maternité. Que ce soit pendant la grossesse ou le post-partum, celle-ci est indiscutablement modifiée en regard de ce qu'elle était avant l'état grévde. Nous parlerons peu de la sexualité dans le contexte de la grossesse, du fait que notre sujet se concentre sur la reprise des rapports sexuels et son vécu dans le post-partum. Cependant, il nous semble tout de même judicieux d'en donner les grandes lignes afin de pouvoir s'y référer lors de la discussion. Nous développerons de manière plus complète la sexualité de la femme et son vécu dans le post-partum ainsi que sa physiologie, au cœur de notre recherche.

En ce qui concerne l'effet de la grossesse sur les réponses sexuelles, les données sont nombreuses. Le vécu de la sexualité au cours de celle-ci est différent en fonction des couples et souvent impacté par des idées reçues. Les croyances autour de la sexualité pendant et après la grossesse sont nombreuses et pour la plupart d'entre elles d'origine culturelle.

Dans notre société occidentale, les idées reçues concernant la sexualité pendant la grossesse sont majoritairement axées sur les risques concernant la santé et le bien être du fœtus lors des rapports sexuels. Des études récentes ont démontré que l'activité sexuelle pendant la grossesse n'est pas un facteur de risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré (Read & Klebanoff, 1993; Sayle, Savitz, Thorp, Hertz-Picciotto, & Wilcox, 2001; Sayle, Savitz, & Williams, 2003).

D'un point de vu hormonal, la grossesse est responsable d'une augmentation de la sécrétion d'hormones stéroïdes qui impactent la libido (Masters & Johnson, 1979; Merger, Lévy, & Melchior, 2001; Tordjman, 1996).

Au 1^{er} trimestre, une forte diminution libidinale est décrite. Les causes les plus fréquemment rapportées par les femmes sont les nausées et la fatigue chronique. Lors du 2^{ème} trimestre, dans la majorité des cas, l'érotisme et les tensions diminués lors des 3 mois précédant subissent une augmentation décrite comme fulgurante. L'atteinte d'orgasmes vaginal ou clitoridien est parfois facilitée, et des femmes qui ne les avaient jamais connus auparavant peuvent le/les expérimenter (Masters & Johnson, 1979).

⁵ Kim Fafard Campbell : sexologue clinicienne et psychothérapeute, elle possède une maîtrise en sexologie dans le profil counseling et un baccalauréat en psychologie, tous deux de l'UQAM (Université du Québec à Montréal). Elle est membre de l'Association des Sexologues du Québec et a une pratique privée au Centre Médical Robinson à Granby, Canada.

Pendant le 3^{ème} trimestre, on retrouve de nouveau une nette diminution de la fréquence des rapports (freins médicaux, retour de la fatigue, gêne physique et anticipation de la naissance...) (Masters & Johnson, 1979; Tordjman, 1996).

Aucune trame stricte ne peut cependant exister autour des pratiques, des réponses sexuelles et de la grossesse. Chaque femme, et chaque couple vivront une expérience particulière et les généralités sont impossibles.

Notons que les caresses, les moments de tendresse et d'intimité en couple sont soulignés par nombre d'auteurs comme étant primordiaux pour l'équilibre sexuel vers la parentalité (Habert & Habert, 1999; Ionenet, 2012; Ovidie, 2008; Tordjman, 1996). En effet, sans affirmer que les changements de la sexualité engendrée par une grossesse sont irréversibles, il sera facilitant pour les couples de faire preuve d'adaptation face à cette évolution car leur intimité devra se confronter à de nouvelles épreuves suite à la naissance de leur enfant.

Une fois rentrés à la maison avec leur enfant, les couples peuvent vivre de nouvelles difficultés : l'arrivée du nourrisson, les contraintes de la vie quotidienne, le couple parent, le couple amant... Toutes ces composantes sont souvent difficiles à gérer d'autant plus que les différentes informations reçues par les couples de quelques origines soient-elles continuent à influencer la façon dont les nouveaux parents vont aborder leur vie sexuelle.

Les conseils donnés à la sortie de la maternité ou par les sages-femmes indépendantes varient en fonction des apprentissages, des institutions et leurs protocoles ainsi que de la population soignée. Chaque service possède sa manière de faire et ses habitudes et celles-ci sont souvent ancrées et difficiles à modifier. S'ajoutent à cela les superstitions inhérentes à chaque couple, les croyances populaires et idées reçues concernant la reprise des rapports sexuels dans le post-partum : le délai de reprise des rapports après l'accouchement, la peur de la douleur, des points de suture qui lâche ou d'un vagin élargi sont autant de sujets autour desquels des craintes circulent.

Actuellement, le délai de reprise des rapports sexuels est, le plus souvent, dicté par le personnel soignant qui s'occupe des nouvelles mères au post-partum. Un délai de 4 à 6 semaines est une mise en garde, voir un ordre médical souvent dispensé en maternité ce qui correspond à l'idée la plus répandue dans notre société. J. Lansac, dans son ouvrage *Pratique de l'accouchement*, (2006) donne les indications suivantes aux professionnels de l'obstétrique « Les rapports sont repris entre 40 et 60 jours après l'accouchement, il n'y a pas de corrélation nette entre la sexualité du post-partum et la pratique ou non d'une épisiotomie quel qu'en soit le type. » (Lansac, Marret &, Oury, 2006, p. 447). Ce délai est discuté par Masters et Johnson et Ovidie dans leurs ouvrages respectifs ; en effet, le col de l'utérus est refermé 10 jours environ après l'accouchement et la reprise de la sexualité est donc libre à partir de ce moment là, pour peu que les partenaires en ressentent le désir (Masters & Johnson, 1979; Ovidie, 2008).

J. Lansac précise également qu'à la suite d'une déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré, des dyspareunies lors de la pénétration peuvent avoir lieu et qu'elles sont le plus souvent causées par une suture mal effectuée notamment au niveau de la fourchette vulvaire. Dans ces cas-là, il recommande l'utilisation d'une crème à base d'œstrogène ou d'un gel lubrifiant.

D'autres manuels destinés aux professionnels tels que le *Précis d'obstétrique*, (2001), de R. Merger ne mentionne pas la sexualité.

Malgré le peu d'informations retrouvées dans les livres obstétricaux, d'autres auteurs développent l'importance du rôle du praticien auprès des nouvelles accouchées. Tout comme lors de la grossesse, elles vont devoir affronter de nouveaux déséquilibres hormonaux et anatomiques, comme la distension ou la déchirure de muscles périnéaux, qui peuvent mettre sa sexualité à l'épreuve (Habert & Habert, 1999; Ovidie, 2008; Tordjman, 1996) ce qui constitue le sujet de notre travail.

Au niveau hormonal, les stéroïdes sécrétés massivement pendant la grossesse s'effondrent après l'accouchement. Le rôle de ces hormones est démontré comme capital pour la libido et la capacité érotique féminine. Le relai de leur émission se fait au plus tôt à partir de la 4^{ème} semaine post-partum pour les femmes qui n'allaitent pas. En théorie, les femmes devraient donc être privées de désir pendant une période minimum d'un mois suite à la naissance de leur enfant. Or, ce n'est pas ce qui se retrouve dans les résultats. En effet, en suite de couche les femmes rapportent bien souvent une grande fatigue, mais aussi la présence de pulsions libidinales à différentes échelles. (Masters & Johnson, 1979). Cependant, ce niveau de tension sexuelle reste, au cours des 3 premiers mois post-partum, inférieur à celui d'avant la grossesse. Les raisons les plus fréquemment rapportées en lien avec celui-ci sont la fatigue, les dyspareunies, des sensations vaginales irritantes ou des craintes personnelles (Masters & Johnson, 1979).

Au niveau anatomique, Master & Johnson concluent que lors des 3 premiers mois qui suivent un accouchement par voie-basse, les réponses sexuelles sont diminuées en termes de rapidité et d'intensité à presque tous les niveaux : réactions physiologiques des organes génitaux, vaso-congestion vulvaire, lubrification vaginale, distension vaginale, réactions orgasmiques. De plus, les parois vaginales sont minces et quasiment entièrement privées de leur rugosité. Le vagin peut également être légèrement distendu après l'accouchement et constituer une gêne pour la reprise des rapports sexuels. Des séances de rééducation périnéales permettent de le remuscler. Ce point ne devrait donc pas être un obstacle de longue durée à la reprise de la sexualité (Ovidie, 2008).

Les femmes ne ressentent pas les différences dans leur sexualité en ces termes, mais elles témoignent clairement de la diminution de l'intensité et de la durée de leurs expériences sexuelles (Masters & Johnson, 1979).

En ce qui concerne la cicatrisation des lésions périnéales, sujet central de ce travail, il nous semble important de souligner que les points vaginaux et

périnéaux cicatrisent dans un laps de temps de 10 jours et ne risquent pas de lâcher (infection mise à part). Cette angoisse est souvent nommée par les nouvelles mamans. Les peurs des femmes en ce qui concerne les conséquences des points de suture au niveau génital sont légitimes. En effet, même si les déhiscences cicatricielles sont rares, certains points peuvent rester sensibles et être à l'origine de dyspareunies qui sont l'objet de ce travail.

Après le 3^{ème} mois, dans la majorité des cas, toutes les réponses sexuelles citées ci-dessus retrouvent progressivement leur niveau d'avant la grossesse, et peuvent même continuer à croître pour certaines femmes (Masters & Johnson, 1979). La croyance stipulant que la femme et son partenaire ne retrouveront jamais une sexualité épanouie après la naissance de leur enfant est à relativiser : chaque femme, chaque couple est différent et, si certaines ne se sentiront pas satisfaites, d'autres découvriront un réel plaisir sexuel qu'après la naissance de leur premier enfant. (Masters & Johnson, 1979; Ovidie, 2008).

La sexualité, pourtant à l'origine de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant, est malmenée au cours des processus que sont la maternité et la parentalité et ce, par de nombreuses représentations le plus souvent infondées d'un point de vue scientifique. Les femmes – et donc les couples – se trouvent face à un dilemme. Entre des réalités anatomiques, hormonales, psychiques, voire matérielles et/ou temporelles qui ne s'accordent pas, les femmes ressentent des désirs et des sensations que le corps refuse, ou ne peut pas encore assumer, parfois inversement. « Il n'y a que vous qui puissiez savoir quand vous vous sentirez près l'un comme l'autre à reprendre les rapports sexuels. » (Ovidie, 2008, p. 106). Dans les faits, la liste des éléments qui peut influencer ou compliquer la reprise de la sexualité, mais aussi l'entente sexuelle suite à la naissance d'un enfant est longue : fatigue, allaitement, âge, apparition de nouvelles tensions dans le couple, images corporelles perturbées, interruptions dues au nouveau-né, sécheresse vaginale, dépression, cicatrice, comportement paternel... A cela s'ajoute les facteurs culturels, moraux, et les croyances personnelles. Nombres d'entre eux sont imputables à la maternité, et à la vie, d'autres peuvent être accompagnés (Ovidie, 2008; Tordjman, 1996). Il semble donc important que les soignants en soient avertis afin d'accompagner les couples de manière adaptée et personnalisée.

2.1.5. L'importance de la sexualité pour le couple et la famille

« Le sexe, c'est aussi de l'amour ; l'amour, c'est aussi du sexe » (Jaoui & Bulleri, 2004, p. 121).

Amour et sexualité, dans le couple, sont étroitement, intimement liés et cela même au-delà de la dimension hormonale entraînée par la sécrétion d'ocytocine, hormone du plaisir et de l'attachement, qui a lieu au cours d'un rapport sexuel. L'importance de celle-ci est cependant difficile à établir, tant elle est spécifique à chaque couple. L'équilibre de ce dernier repose sur de nombreux piliers dont la vie sexuelle fait partie, bien que le sujet reste tabou. Communiquer, avoir des projets communs ou faire preuve de tendresse sont des points plus faciles à aborder que la sexualité, tant celle-ci prend place au cœur de l'intimité des couples (Sonet, 2005).⁶

Sans avancer qu'elle est indispensable au bon fonctionnement d'un couple, il semble établi que son absence est souvent source de frustration (de la part de la femme – de l'homme – des deux partenaires). Or, la frustration (quelle que soit son ordre) entraîne le plus souvent chez la personne frustrée, le besoin de la combler. Faire l'amour ne permettra certainement pas de résoudre tous les problèmes d'un couple et ne suffira pas à le remettre d'aplomb s'il se déchire. Cependant, « un couple qui ne fait plus l'amour ou dont les partenaires sont frustrés et insatisfaits court à sa perte » (Jaoui & Bulleri, 2004, p. 123).

La non-reprise de la vie sexuelle, lorsqu'elle fait suite à la naissance d'un enfant, peut signifier la fin de toute activité sexuelle pour le couple et entraîner un ressentiment vis-à-vis de l'enfant, qui pourrait devenir le symbole de cette rupture pour la femme ou l'homme. On ne serait dès lors plus que mère ou père, membre d'un couple parental asexué (McMahon, 2007).⁷

La sexualité implique d'être capable de s'abandonner, d'accepter le plaisir et l'on peut voir ici un moyen de fortifier l'amour, d'être plus heureux ou de contribuer à l'harmonie, au renforcement du couple et de la famille, un ménage heureux pouvant être bénéfique au développement de ses enfants (Sonet, 2005). La compatibilité sexuelle ne suffit certes pas à assurer la pérennité d'un couple mais y ajoute une dimension permettant de découvrir l'autre (ainsi que soi-même) sous un angle différent. Sans la créer à elle seule, elle renforce l'intimité des deux partenaires (McMahon, 2007).

La sexualité devrait rester naturelle et instinctive. Elle est propre à chaque couple. Son rôle semble démontré dans la stabilité des couples mais chaque personne s'équilibre à sa façon. Elle est comme nombre d'autres aspects de la vie d'un couple : plus ou moins importante, nécessaire, présente selon la période et

⁶ Denis Sonet : Prêtre du diocèse de Troyes. Conseiller conjugal et formateur au Cler Amour et Famille (association œuvrant pour l'épanouissement affectif et familial de toute personne, jeune ou adulte, en couple ou non). Homme de dialogue et d'humour, c'est aussi un conférencier apprécié. Chroniqueur à Famille Chrétienne, il est l'auteur de nombreux ouvrages destinés au couple et à la famille (Sonet, 2005).

⁷ Susanna McMahon : Médecin psychiatre et clinicienne. Elle est aussi auteure, conseillère, et oratrice publique. Elle consacre la majorité de son temps à ses patients (McMahon, 2007).

l'expérience de vie de chacun. Le tout est de savoir composer avec ces aléas et de lui laisser la place naturelle qui lui revient, en gardant l'espace aux besoins et désirs et en leur permettant d'évoluer avec le temps (McMahon, 2007). L'expérience de la parentalité, peut faire partie de ces étapes importantes.

Dès lors que les bases de la physiologie de la sexualité des femmes sont posées et que l'importance de la sexualité au sein d'un couple est développée, il convient de se pencher sur les moyens qui ont été mis en œuvre par les professionnels pour appréhender les troubles qui peuvent s'immiscer dans l'intimité des femmes et cela notamment suite à l'accouchement. Différents modèles sont nés des questionnements des psychologues et/ou sexologues au cours des dernières décennies.

2.1.6. Les modèles de sexualité

Le sujet complexe que constitue la sexualité a suscité de nombreuses interrogations au fil du temps, donnant naissance à différents modèles. On en dénombre une multitude ; nous en avons exploré plusieurs afin de choisir le plus pertinent en regard de notre problématique, s'axant sur les troubles sexuels faisant suite à des lésions périnéales que peuvent rencontrer les couples dans l'année qui suit la naissance de leur enfant. Quatre nous paraissent intéressants : établis à des périodes différentes, ils se complètent et permettent une approche holistique de celle-ci.

Nous avons trouvé nécessaire de les présenter succinctement afin de pouvoir justifier clairement nos choix en regard de notre problématique et de notre futur métier.

- **L'approche psychanalytique** : Initiée par S. Freud. Son approche de la sexualité est basée sur les fondements même des perspectives psychodynamiques. Une place primordiale est apportée à la dynamique du monde inconscient de l'être humain. Le psychisme se construit à travers différents stades au cours de l'existence. Il est également admis que les expériences vécues lors de l'enfance influencent fortement les comportements adultes (Favre, 2008; Freud, 1905; Nasio, 2001). C'est sur ces concepts que la théorie psychanalytique sexuelle est construite. Il parle de la sexualité infantile, et décrit divers mécanismes pulsionnels élémentaires de l'enfant. Ces mécanismes évoluent en passant par différentes phases et aboutissent à la sexualité dite adulte. « Une étude approfondie des manifestations sexuelles dans l'enfance mettrait vraisemblablement à découvert les traits essentiels de la pulsion sexuelle, nous révélerait son développement et nous montrerait qu'elle est composée à partir de sources diverses. » (Freud, 1905, p. 49).

- **L'approche sexanalytique** : Conceptualisée par Claude Crépault⁸ au début des années 1980, elle s'attache à aider les patients à résoudre leurs difficultés sexuelles dues à des angoisses conscientes et inconscientes en travaillant sur leur imaginaire et leurs fantasmes. L'objectif principal est de les amener, au travers de séances de parole avec un thérapeute, à découvrir par eux-mêmes, la source des troubles ainsi que les facteurs qui les favorisent. Le processus permet d'apaiser les anxiétés et de reprendre confiance dans sa vie intime et sexuelle (El Feki, 2007; Maryanne Maltais, 2009).

- **L'approche sexo-cognitivo-comportementale** : Initiée par Masters et Johnson⁹ et établie de manière aboutie par Mansour El Feki¹⁰.

Elle [l'approche sexo-cognitivo-comportementale] évolua parallèlement à la psychologie comportementale. Elle intégra ensuite les processus cognitifs pour donner naissance aux approches cognitivo-comportementales. L'introduction de la dimension du « corps érotique », fondement spécifique de la sexologie, dans l'approche cognitivo-comportementale, a ouvert aux sexologues cliniciens les champs des thérapies sexo-cognitivo-comportementales. Le but de cette dernière approche est de remédier aux dysfonctions sexuelles, de maintenir à long terme les résultats obtenus en fin de thérapie et d'instaurer un bien être sexuel dans l'espoir qu'il contribue à l'émergence d'un bien être global. (El Feki, 2007, p. 21).

- **L'approche sexocorporelle** : Créée par Jean-Yves Desjardins¹¹. Elle présente un modèle de santé sexuelle rigoureux et une sémantique précise (El Feki, 2007).

Le Sexocorporel est considéré par plusieurs comme étant un modèle de santé sexuelle global et scientifique tellement les connaissances sur la sexualité sont justes et précises et que les plans de traitements proposés sont efficaces. Ce modèle sexologique est novateur et son objectif est d'amener les hommes et les femmes vers un agir érotique satisfaisant tant sur le plan personnel que relationnel (Institut Sexocorporel International, 2011).

La sage-femme prend en charge les femmes dans leur globalité. Comme le décrit Davis-Floyd R. selon le paradigme holistique¹² ; le corps, le mental et l'esprit

⁸ Claude Crépault : né le 14 février 1945, il a été professeur titulaire au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) de 1969 à 2004. Cofondateur du Département de sexologie de l'UQAM, il est également président fondateur de l'Institut international de sexanalyse. En 1989, l'Université de Genève lui décerne le prix Chalumeau Sénior. Il est l'auteur d'une douzaine de livres et de plus de 50 articles dans des revues spécialisées (Quebec., 2012).

⁹ William, H. Masters et Virginia E. Johnson : sexologues américains. Ils furent pionniers en matière de sexologie humaine et ont étudié en laboratoire des centaines de couples et d'individus pratiquant une activité sexuelle (masturbation et rapports sexuels) (Masters & Johnson, 1979).

¹⁰ Mansour El Feki : médecin et sexologue-thérapeute. Il est chargé de cours au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (Groupe De Boeck, 2010).

¹¹ Jean-Yves Desjardins : Psychologue et sexologue clinicien, cofondateur du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (De Cotret, 2010; Institut Sexocorporel International, 2011)

sont une unité et l'un ne peut être totalement soigné et guéri si les autres sont délaissés. Cela nous semble particulièrement adapté à notre thématique basée sur la sexualité et le vécu de sa reprise après un accouchement par voie basse. En effet, les dimensions corporelle et psychique sont au centre des processus de la maternité et de la sexualité. Pour ce travail, nous avons choisi d'explorer la dimension corporelle en lien à ce thème. Faire l'amour, accoucher passe d'abord par le corps.

Les approches psychanalytique et sexoanalytique sont axées sur les impacts du vécu psychique et de l'imaginaire sur la sexualité et ses troubles potentiels. Les aspects somatiques sont très peu développés.

L'approche sexo-cognitivo-comportementale se base sur des recherches scientifiques cherchant à définir les réactions sexuelles du corps au fil des ans et des événements vécus. Hélène Michel-Wolfroff¹³ décrit l'ouvrage de Masters et Johnson de la façon suivante : « Ce livre, dénué de prétentions psychologiques, apporte les résultats d'une extraordinaire expérience » (Masters & Johnson, 1979, p. 9). En effet, les auteurs ont travaillé dans le but de combler le manque de fondements scientifiques des théories jusqu'alors élaborées sur la sexualité. Ils ont également cherché à apporter des confirmations physiologiques fondamentales. Freud écrivait d'ailleurs lui même à propos de ses recherches :

On doit dire que l'incertitude de notre étude a été grandement accrue par la nécessité d'emprunter à la biologie. La biologie est réellement une discipline aux possibilités illimitées. Nous pouvons penser qu'elle nous apportera des informations très surprenantes et nous ne pouvons deviner quelles réponses elle donnera dans une dizaine d'années aux questions que nous lui avons posées. Elles peuvent être de nature à détruire toute notre élaboration artificielle d'hypothèses (Masters & Johnson, 1979, p. 12).

A travers leurs recherches, les auteurs démontrent des causes physiologiques concrètes aux différentes réponses sexuelles possibles et étoffent les connaissances des années 1960.

L'approche sexocorporelle, fondée à partir des recherches de Masters et Johnson, ne nie pas l'aspect psychologique inhérent à la sexualité et se rapproche donc d'une vision holistique de celle-ci et de ses troubles. Elle semble être la plus percutante en regard de notre sujet. En effet, directement ciblée sur le corps, elle propose des thérapies courtes. Elle considère également les causes directes (somatiques) pour éviter de se perdre en conjectures qui peuvent être considérées comme non-fondées et permettre ainsi une analyse objective. Ces principes semblent adéquats aussi bien à la profession de sage-femme, qu'à notre questionnement, ce qui nous amène à la choisir comme modèle principal pour ce mémoire.

¹² Holistique : ce terme s'applique à toute démarche globalisante ou syncrétique où divers éléments, habituellement isolés, sont regroupés et coordonnés pour l'obtention plus efficace d'un résultat visé (Davis-Floyd, 2001).

¹³ Hélène Michel-Wolfroff : ancien médecin consultant de psychosomatique à la Clinique gynécologique de Paris, pionnière en matière de « sexologie » en France (Bonierbale & Waynberg, 2012)

Cette approche étant particulièrement riche, nous avons fait le choix de nous limiter à certaines parties de sa sémantique que nous avons jugées nécessaires à notre travail. Celles-ci sont détaillées ci-dessous. Cependant, une description plus complète de cette approche et de sa philosophie se trouve en annexe (Annexe IV).

2.1.6.1. L'Approche sexocorporelle

Cette approche se base sur deux concepts principaux.

Le premier, l'unité fondamentale corps-cerveau, s'applique à travailler avec la personne dans sa globalité. Chaque intervention au niveau du corps implicite (cognitif ou émotionnel) se projette dans le corps explicite (physique). La sexualité prenant part dans chacun de ces corps, il semble indispensable de les réunir.

De là, découle le second concept de base de cette approche, celui de santé sexuelle (El Feki, 2007). Pour Jean-Yves Desjardin, la définition de l'OMS, développée en 1975, justifie tous ses travaux de recherche. En effet, il considère que la sexualité, présente dès le plus jeune âge, se développe grâce à une succession d'apprentissages, est susceptible de s'améliorer tout au long de la vie et varie en fonction des différents aléas de cette dernière, tels que la grossesse (El Feki, 2007).

Pour atteindre la santé sexuelle selon cette approche, il faut être capable de développer un certain nombre de compétences telles que l'érotisation de la genitalité et de l'intimité. (El Feki, 2007). Elle dépend également des connaissances, idéologies, jugements de valeurs, attitudes et idéalizations qui forment le système de pensée de chacun en lien avec la sexualité. C'est à partir de là que les personnes établissent ce qui est acceptable ou non dans leur vie sexuelle : un système de pensées ouvert sera favorable à une sexualité épanouie ; inversement, des peurs, ou des fausses croyances, l'inhiberont (El Feki, 2007).

Il est finalement possible de parler de santé sexuelle lorsque les partenaires possèdent des compétences érotiques telles que la communication amoureuse ou la séduction leur permettent de se séduire mutuellement et de maintenir un sentiment amoureux.

Comme décrit auparavant, la sémantique de l'approche sexo-corporelle est riche. Cependant, elle propose des définitions claires et précises que nous avons choisies d'employer pour poser le cadre de notre travail de recherche. Trois d'entre elles sont capitales pour notre sujet :

- **Le désir sexuel coïtal** : il se définit, dans l'approche sexocorporelle, par l'anticipation mentale positive susceptible d'éveiller l'excitation. Il découle d'un désir de pénétration avec le partenaire. Les désirs sexuels amoureux, de fusion, de décharge ou d'enfant peuvent amener une personne à désirer une relation coïtale avec l'autre mais le besoin à combler sera différent (El Feki, 2007).

- **Le plaisir sexuel** : Il se définit comme une « perception émotionnelle agréable » (Desjardins, 2007, p. 76). Il peut aussi être qualifié de volupté.

Il est important de distinguer l'excitation génitale qui est un phénomène physiologique et le plaisir sexuel qui peut, ou non, l'accompagner et qui dépend avant tout de l'excitation.

La condition essentielle à l'émergence du plaisir sexuel est l'adhésion émotionnelle de la personne à la rencontre sexuelle. Tous sentiments négatifs face aux actes sexuels brimeraient sa capacité de développement car ils iraient à l'encontre du laisser aller nécessaire. Le plaisir sexuel est donc multidépendant de toutes les autres composantes de la sexualité et est le résultat d'un travail conscient pour le maîtriser.

- **L'orgasme** : il découle de l'association et de la canalisation de différentes habiletés liées d'une part à l'excitation génitale et d'autre part aux perceptions de plaisir sexuel. En effet, il nécessite la capacité de connaître suffisamment son corps pour atteindre un plaisir physique tout en étant apte à s'abandonner aux sensations de l'excitation génitale et au plaisir sexuel émotionnel afin de le vivre pleinement et d'en atteindre son summum.

L'objectif de l'approche sexocorporelle est donc d'aider les couples à développer l'ensemble de ces compétences érotiques afin de leur permettre d'être satisfaits aussi bien au niveau amoureux que génital. Le corps est au centre de ce modèle sans pour autant exclure les composantes psychologiques. Le parallèle avec la profession sage-femme semble évident, tant notre métier, est tout aussi relationnel que centré sur le corps et de son intimité.

2.1.7. Les troubles sexuels

L'approche de Jean-Yves Desjardins, tout comme les autres approches sexologiques décrites ont l'objectif commun, et cela malgré leurs différences, de réussir à comprendre la sexualité humaine de façon à pouvoir l'appréhender et à guérir les troubles dont elle peut être la source.

Un rapport sexuel est censé se dérouler selon 4 phases : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution (Masters & Johnson, 1979). Des troubles sexuels peuvent subvenir quasiment lors de chacune de ces étapes.

En dehors de ces 4 étapes, des bouleversements peuvent apparaître au sein d'un couple en termes d'harmonisation des pratiques, des désirs, de code ou des attentes. (El Feki, 2007; Ferroul, 2002, 2012; Masters & Johnson, 1979; Tordjman, 1996)¹⁴.

¹⁴Gilbert Tordjman : Spécialiste de gynécologie exerçant en pratique privée, il est le principal représentant de la sexologie associative. Il est à l'origine de la Société française de sexologie clinique, et de la World Association of Sexology (Tordjman, 1996).

Certains auteurs établissent les pratiques intimes sur les 3 plans suivants :

- **Le niveau organique** : Il recouvre tout ce qui a trait au bon fonctionnement de la zone génitale aussi bien selon des critères anatomiques, physiologiques, que neurologiques.
- **Le niveau psychoaffectif** : Il s'établit depuis l'enfance puis s'organise en fonction des événements de la vie. Chaque aléa survenant au cours de l'existence qui porte atteinte à la confiance en soi (maladie, deuil, stérilité, chômage, adultère...) peut retentir sur la qualité de la vie sexuelle.
- **Le niveau socioculturel** : Il est influencé par les lois et les croyances de la société dans laquelle les personnes évoluent.

(El Feki, 2007 ; Ferroul, 2002, 2012 ; Tordjmann, 1996)

Les troubles de la sexualité existent à tous les niveaux, chez les femmes comme chez les hommes. Leur expression est certes différentes de par la divergence des anatomies mais les souffrances et remise en question qu'ils créent peuvent être mises en parallèles.

Chez les femmes, les dysfonctions sexuelles les plus fréquemment nommées, notamment en post-partum, sont les troubles de la lubrification, les dyspareunies, et l'anorgasmie. Chacun de ces troubles peut avoir autant d'étiologies que de conséquences.

- **Les troubles de la lubrification¹⁵** : La lubrification est un phénomène hormonal complexe. Elle est nécessaire à une pénétration non douloureuse. En effet, le vagin est en permanence humide, mais il ne l'est pas suffisamment pour permettre un rapport sexuel confortable qui n'aboutit pas à une irritation des muqueuses (Ferroul, 2002). La lubrification peut se perturber, et devenir insuffisante, voir inexistante.

Les causes peuvent être organiques. Les raisons les plus fréquemment rapportées sont dues à un déficit hormonal, comme lors de l'allaitement ou après un accouchement, ou suite à la prise d'un traitement (pilule contraceptive).

La source peut également être psychologique. Les problèmes pouvant perturber l'excitation génitale sont nombreux : phobies, peur des dyspareunies, méconnaissances du corps, pudeur, échecs sexuels passés, soucis quotidiens... La liste des événements qui peuvent affaiblir ou bloquer l'excitation est presque infinie tellement elle est dépendante de chaque personne et de son contexte (Ferroul, 2002; Habert & Habert, 1999; Masters & Johnson, 1979; Tordjman, 1996).

¹⁵ La lubrification : C'est l'écoulement d'un liquide qui va tapisser les muqueuses des lèvres et du vagin. Elle doit être abondante pour permettre un glissement facile et non douloureux de la verge ou moment de la pénétration (une muqueuse sèche ou pas assez lubrifiée étant irritée par le frottement) (Ferroul, 2002; Masters & Johnson, 1979).

• **Les dyspareunies** : « Coït difficile ou douloureux chez la femme » (Masters & Johnson, 1979, p. 364). Une classification des différents types de dyspareunies existe :

- Dyspareunie superficielle : Apparaît au début de la pénétration, à l'entrée du vagin.
- Dyspareunie profonde : Apparaît quand la pénétration est complète, au fond du vagin.
- Dyspareunie primaire : Douleur ayant toujours existé
- Dyspareunie secondaire : Apparaît à un moment particulier de la vie sexuelle, après une période de rapports sexuels non douloureux (Ferroul, 2002; Habert & Habert, 1999).

Si tous les auteurs s'accordent sur ces définitions (El Feki, 2007; Ferroul, 2012; Habert & Habert, 1999; Tordjman, 1996), il n'en est pas de même en ce qui concerne le taux de femmes sujettes à ce trouble. En effet les pourcentages varient de 20 % (Tordjman, 1996) à 71.7% (Nusbaum, et al., 2000) des femmes consultant pour des troubles dans leur sexualité.

Les causes organiques sont d'origines diverses, malformation de la vulve, infections, mycose, cicatrices suite aux accouchements, contraception...

Les causes psychologiques sont habituellement secondaires à une raison organique. La peur de la pénétration faisant persister les dyspareunies même une fois la pathologie traitée. L'anxiété entraîne une trop grande tonicité musculaire, et une hypersensibilité du corps (Ferroul, 2002).

[...] il ne faut pas négliger les cas où, la cause matérielle de la douleur ayant disparu, l'image mentale de cette douleur persiste dans le cerveau : elle est alors réactivée à chaque fois qu'est renouvelé le comportement qui auparavant la provoquait (Ferroul, 2012).

La douleur est un phénomène physiologique, qui a sa propre logique que l'on doit toujours prendre en compte avant tout (Ferroul, 2012).

• **L'anorgasmie** : *Le dictionnaire de la sexualité* de 1999 traite longuement de cette problématique sous le terme de frigidité, qui est selon les auteurs, un motif de consultation très fréquent. Il s'agit dans ce cas bel et bien d'une incapacité orgasmique, et non d'un trouble libidinal. L'anorgasmie est en soit un problème pour atteindre l'orgasme. Là encore, une classification existe (Habert & Habert, 1999; Tordjman, 1996).

- Anorgasmie primaire : Femme n'ayant jamais pu atteindre d'orgasme.
- Anorgasmie secondaire : Absence d'orgasme suite à une période de connaissance de l'orgasme.
- Anorgasmie totale : Absence d'orgasme clitoridien et vaginal.
- Anorgasmie partielle : Connaissance de l'orgasme clitoridien mais absence d'orgasme vaginal, ou inversement (Ferroul, 2002; Habert & Habert, 1999; Tordjman, 1996).

Le dictionnaire de la sexualité (1999) insiste sur les causes historiques et religieuses de l'anorgasmie féminine. En effet, pendant de longs siècles les femmes ne devaient ressentir ni désir, ni plaisir lors des rapports sexuels. La

culpabilité et la peur ont longtemps perduré, et s'éternisent sans doute encore au sein du plaisir féminin, ce qui complique, voir inhibe l'atteinte de son zénith.

L'orgasme clitoridien a également été dévalorisé, notamment par les théories freudiennes (Habert & Habert, 1999).

Les causes d'anorgasmie peuvent être anatomiques, mais sont le plus souvent liées à la difficulté de l'abandon mental lors des rapports sexuels qui est une condition indispensable à l'orgasme (El Feki, 2007; Ferroul, 2002; Habert & Habert, 1999).

Chez l'homme, les dysfonctions sexuelles les plus fréquemment retrouvées sont les troubles de l'érection et de l'éjaculation (Tordjman, 1996). L'impuissance est presque toujours contemporaine à une angoisse et est décrite comme la dysfonction sexuelle à l'origine du plus grand sentiment de dévalorisation chez l'homme, car elle affecte son image de virilité. Nous n'exposerons pas plus en détail les problèmes de la sexualité masculine, car ils ne sont pas à proprement parler, le sujet de notre travail. Cependant, l'harmonie sexuelle d'un couple est dépendante des deux personnes qui le composent, et il nous semble de ce fait nécessaire d'en souligner brièvement ce que nous jugeons essentiel.

Les bases de la sexualité posées, nous allons aborder celles du périnée. Il est le siège des lésions périnéales et donc au centre de notre recherche. Souvent méconnu par les femmes, il joue pourtant de nombreux rôles clés : c'est un soutien du corps et le fondement de la sexualité.

2.2. Le périnée

Etymologiquement, le terme périnée vient du grec : « autour (péri) du temple (naos) » (De Gasquet, 1999).

On trouve dans la littérature des définitions du périnée qui diffèrent légèrement en fonction de la profession qui l'aborde, nous allons donc en reposer les bases anatomiques d'un point de vue obstétrical. Nous verrons ensuite ses rôles spécifiques. Zone clef du corps en ce qui concerne le système reproductif, nous développerons succinctement ses modifications anatomiques pendant un rapport sexuel, puis nous aborderont l'impact de la grossesse, de l'accouchement et de ses risques potentiels à court et long termes, sur ses différentes structures.

2.2.1. Anatomie du périnée

Le périnée fait partie, avec la vulve¹⁶, des organes génitaux externes de la femme.

Il correspond à l'ensemble des parties molles fermant le détroit inférieur du pelvis et se situe entre la symphyse pubienne et le coccyx.

Il est constitué de deux régions horizontales (le périnée uro-génital et le périnée anal) et de trois plans verticaux constitués de trois couches musculaires bien distinctes (l'espace superficiel du périnée, l'espace profond du périnée, et le diaphragme pelvien) (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

Ce que le plan superficiel du périnée nous laisse entrevoir du périnée n'est en réalité qu'une infime partie de sa totalité dont nous décrivons ci-après les grandes lignes (Agmo, 2007; Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

- **L'espace superficiel du périnée** contient les corps érectiles, les glandes de Bartholin et les muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux et transverses superficiels.

Tous ces muscles se croisent en formant un 8 appelé le centre tendineux du périnée (ou noyau fibreux centre du périnée). Cette zone très résistante est fortement sollicitée lors de l'accouchement car c'est le lieu de l'ampliation du périnée (le muscle bulbo-spongieux est le plus concerné).

Ces muscles ont également des rôles capitaux dans la sexualité de la femme. L'ischio-caverneux, par exemple, abaisse le clitoris pendant le coït et le bulbo-spongieux quant à lui, favorise l'érection et rétrécit l'orifice intérieur du vagin. Sa partie postérieure est constituée uniquement du muscle sphincter de l'anus qui permet la continence anale (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

- **L'espace profond du périnée** est formé par le diaphragme uro-génital, lui-même composé du muscle sphincter de l'urètre et des deux muscles transverses profonds. Il est recouvert de ses fascias supérieur et inférieur.

C'est ce qu'on appelle l'étage du haut dans le petit bassin, car ses différentes structures forment un hamac qui soutient tous les organes pelviens. Dans cette partie du périnée, nous retrouvons encore des actions musculaires très importantes comme la continence urinaire.

¹⁶ Vulve : Organe génital externe hormono-sensible, la vulve est une fente antéro-postérieure bordée par des lèvres. Elle est située sur le plan cutané uro-génital du périnée, à la racine des cuisses. Elle est constituée, d'antérieure en postérieure et du plan le plus profond au plan superficiel, des éléments suivants : le prépuce clitoridien, le clitoris, l'urètre, les glandes de Skene, l'orifice du vagin, le vestibule du vagin, les bulbes vestibulaires, l'hymen (ou les caroncules hyménaux), les petites lèvres, les grandes lèvres, les glandes de Bartholin et la fourchette vulvaire. La majorité de ses tissus sont constitués de fibres vasculo-conjonctives élastiques, ainsi que d'une innervation et d'une vascularisation importante. Si l'on rajoute à cela les différents orifices qui la composent, la vulve, partie intégrante du périnée, permet la sexualité et l'élimination (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

- **Le diaphragme pelvien** est le dernier plan. C'est la partie la plus profonde dans la musculature du périnée. Il est composé des trois muscles releveurs de l'anus.

Le dessin formé par l'insertion des muscles releveurs de l'anus forme une fente appelée la boutonnière des releveurs de l'anus ; c'est la place prévue pour la vessie/l'urètre et pour l'utérus¹⁷/le vagin¹⁸.

Ces muscles forment un hamac de soutien important dont la seule faille est en réalité cette boutonnière. Cette faiblesse est cependant nécessaire car elle permet le passage.

- **L'innervation du périnée** est tout aussi importante que complexe. Nous l'aborderons ici de manière simplifiée uniquement pour souligner les points que nous considérons utiles à la compréhension.

Le périnée est innervé de façon dominante par le système nerveux somatique, ce qui signifie que nous pouvons avoir une action musculaire volontaire sur la majorité des muscles qui le composent.

Le système nerveux autonome (action involontaire), prédomine quant à lui en ce qui concerne la musculature des organes génitaux internes.

Le système sympathique agit sur différents paramètres : l'activité de l'utérus grévise, le péristaltisme vaginal mais aussi la réponse au stress et à la douleur. C'est donc le système qui est en action lors de l'accouchement. Le système parasympathique permet l'érection, la miction...

Voici donc la structure complexe du périnée, qui plan par plan laisse entrevoir ses rôles autant divers qu'essentiels à la vie d'une femme.

¹⁷ Utérus : Organe situé au centre de l'excavation pelvienne. Il est composé de 3 parties : le corps utérin, l'isthme et le col de l'utérus. D'un point de vue microscopique, le corps utérin est composé de fibres musculaires lisses, groupées en faisceaux, séparées par des lames conjonctives et des fibres élastiques ce qui lui confère sa capacité d'extension remarquable, nécessaire à la grossesse. A partir des cornes utérines, se poursuivent deux trompes utérines, qui aboutissent sur les ovaires, dont les rôles sont indispensables dans la fertilité (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

¹⁸ Vagin : Conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Ses fonctions sont nombreuses : organe de l'accouplement, lieu de passage des sécrétions utérines mais aussi du fœtus et des annexes pelviennes. Il joue aussi un rôle dans le soutien des viscères pelviens (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

2.2.2. Les rôles du périnée

Cette région anatomique est si complexe, aussi bien du point de vue macroscopique que microscopique, qu'il semble nécessaire de résumer les rôles qui résultent de toutes les structures qui la composent :

- Soutien des organes pelviens ;
- Amortissement de la pression abdominale en limitant le mouvement des viscères pelviens pendant l'effort ;
- Continence ;
- Evacuation du contenu des organes pelviens ;
- Activité sexuelle ;
- Fermeture des orifices ;
- Passage de l'intérieur vers l'extérieur et inversement ;
- Participation au drainage veineux du bas du corps vers le haut du corps et le cœur ;
- Guidage et frein de la descente de la présentation fœtale à l'accouchement (De Gasquet, 1999; Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003).

Ces tâches sont nombreuses et essentielles. Le périnée est responsable aussi bien de fonctions vitales que d'un certain niveau d'hygiène de vie. Il paraît de ce fait capital de le préserver et d'être conscient de l'impact de la vie sur ce dernier, notamment de la grossesse et de l'accouchement.

Cependant, avant de détailler les conséquences de la reproduction sur cette zone, nous allons décrire les modifications du périnée et des organes génitaux lors d'un acte sexuel. En effet, outre des fonctions de continence et de maintien, c'est cet aspect qui nous préoccupe.

2.2.3. Modifications anatomiques des organes génitaux féminins pendant les rapports sexuels

Le coït impacte de nombreuses structures dans le petit bassin féminin. Les organes génitaux féminins internes et externes, donc le périnée, sont impliqués.

Les changements débutent dès la phase initiale de la sexualité, c'est-à-dire, la phase d'excitation, décrite dans le modèle de la sexualité de Master et Johnson. Elle permet la sécrétion des hormones, (dopamine, sérotonine, gonadolibérine, testostérone (Masters & Johnson, 1979; Rabii & Heddat, 2010)) qui préparent à l'acte sexuel en lui-même. C'est à ce moment que les organes génitaux féminins se modifient en vue du coït (Masters & Johnson, 1979; Riteau, 2002-2003).

Les grandes lèvres se contractent et s'aplatissent sur le périnée afin de découvrir l'entrée de la vulve. Les petites lèvres quant à elles gonflent et atteignent une taille pouvant aller jusqu'à 2 ou 3 fois leur état de repos. Cela

permet l'exposition de leur face interne. Leur couleur évolue avec la congestion, les faisant devenir de plus en plus rouge, signe que l'orgasme est imminent.

Le corps du clitoris est le foyer principal de la réponse sexuelle. Dans le corps caverneux du clitoris, le flux sanguin double de façon à obtenir la tumescence du gland. Lors d'un rapport sexuel, le pénis le stimule indirectement suite à l'étirement répété des petites lèvres (Rabii & Heddat, 2010).

Le vagin, organe du coït, subit de grandes modifications en réponse aux stimuli psychologiques et physiques. Sa première réponse est la lubrification. Elle est initialement créée par la transsudation des capillaires de la muqueuse vaginale, et non pas suite à la sécrétion glandulaire, qui ne joue qu'un rôle minime, contrairement aux idées reçues (Rabii & Heddat, 2010). Ce mécanisme est suivi par l'augmentation du flux sanguin vaginal, qui permet l'engorgement des parois de la muqueuse et par l'allongement des parois vaginales grâce à la relaxation des muscles lisses (Rabii & Heddat, 2010; Soucasaux, 2008).

En ce qui concerne les muscles périnéaux des différents plans, ils sont plusieurs à s'activer pour optimiser le plaisir, ou la reproduction. Les muscles bulbo-caverneux se contractent, s'engorgent et se raffermissent afin de réduire le diamètre de l'orifice de l'entrée vaginale. Leur action est accentuée par la contraction des muscles transverses profonds. Les muscles ischio-caverneux quant à eux, abaissent le clitoris pendant le coït de façon à favoriser son érection (Kamina, 1984, 1985; Marieb, 2010; Netter, 2003; Rabii & Heddat, 2010).

Les fonctions sexuelles physiologiques font partie des composantes d'une sexualité épanouie. L'explication simple des modifications des organes génitaux féminins pendant les rapports sexuels permet de mieux comprendre pourquoi il est important de préserver les structures anatomiques féminines au cours de la gestation et de l'accouchement.

2.2.4. Grossesse et périnée

Notre sujet traite de l'impact de l'accouchement sur le périnée, cependant il nous semble tout de même nécessaire de donner les grandes lignes de l'impact de la physiologie de la grossesse sur cette zone anatomique, afin d'être libre d'y faire allusion par la suite.

Le périnée, au niveau du diaphragme pelvien, est relié au reste du tronc par le biais du diaphragme respiratoire et des abdominaux. Les synergies sont nombreuses et celui-ci est déjà sollicité de manière plus importante que la normale au cours de la grossesse.

D'un point de vue anatomique il est possible de résumer les données de la façon suivante :

- **Le diaphragme respiratoire** : C'est le muscle principal de l'inspiration. Il s'insère sur les côtes, le sternum, et sur la colonne lombaire. Il est bombé vers le haut et concave vers le bas. Tout le contenu abdominal est comme suspendu à cette structure, ainsi, lorsqu'il descend (expiration), tout descend et lorsqu'il remonte (inspiration), tout remonte.
- **Le diaphragme pelvien** : Il est bombé vers le bas et concave vers le haut, soit le juste opposé du précédent. Il suit exactement les mêmes mouvements imposés par la respiration.

Ce mécanisme soumet les muscles du périnée à une pression constante et peu à peu, ils s'étirent de façon physiologique. Cependant, si l'étirement est répété, ou trop important, les muscles vont se relâcher par épuisement et ne plus jouer leurs rôles. La grossesse fait partie des événements qui peuvent aboutir à un étirement trop important du plancher pelvien (De Gasquet, 1999).

En effet, si tous les grands systèmes sont modifiés au cours des 40 semaines de grossesse, le système génital est le plus sollicité. La majorité des modifications entraînées par la gestation telles que l'augmentation du volume utérin, l'imprégnation hormonale de progestérone, la constipation ou encore les modifications respiratoires (différences de pressions au niveau périnéal) ont un impact sur lui en rajoutant des facteurs hyperpressifs contre lesquels le périnée doit lutter (De Cotret, 2010; Merger, et al., 2001).

S'il est facile de s'imaginer l'impact de l'accouchement en lui-même sur le périnée, il est important de souligner que les changements périnéaux qui peuvent intervenir après la venue au monde d'un enfant ne sont pas uniquement dus au passage de l'enfant dans les voies génitales féminines. En effet, la grossesse en elle-même est une épreuve quotidienne pour le périnée. Il est possible de prévenir certains facteurs, en limitant par exemple la prise de poids, la constipation, ou en travaillant selon les exercices de Bernadette de Gasquet (De Gasquet, 1999) pour soulager cette zone mais d'autres sont intrinsèques à la gestation.

2.2.5. Accouchement et périnée

Notre sujet se focalise sur la reprise et le vécu de la sexualité après un accouchement par voie basse ayant entraîné des lésions périnéales. Comme stipulé dans la question de recherche, nous nous intéressons à leur étiologie : spontanée, traumatique (épisiotomie) ou due aux modalités d'accouchement. Il est donc nécessaire de connaître les modifications physiologiques du périnée pendant l'accouchement avant d'en décrire les risques et complications possibles à plus ou moins long terme. Les différentes modalités d'accouchement sont traitées à la suite de ce chapitre.

2.2.5.1. Modifications physiologiques du périnée pendant l'accouchement

Lors d'un accouchement par voie basse, le périnée est particulièrement mis à l'épreuve par le passage du fœtus.

J.Lansac décrit les modifications physiologiques du périnée de la façon suivante :

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus. L'association des contractions utérines et des efforts de poussée abdominale permet alors à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit une *ampliation* (Lansac, et al., 2006, p. 435).

L'ampliation du périnée est nécessaire à la naissance de l'enfant et ce dernier est constitué de telle sorte qu'il le supporte au mieux. Des dégâts de différentes gravités peuvent cependant apparaître dans les structures qui le composent.

2.2.5.2. Risques et complications possibles à court terme de l'accouchement par voie basse sur le périnée

Les lésions les plus connues et celles qui sont au centre de ce travail sont les déchirures génitales féminines. Elles sont très clairement classifiées dans la littérature obstétricale (Anthony, Buitendijk, Zondervan, van Rijssel, & Verkerk, 1994; Quilichini, Cohen, & Blanc, 1991) et se définissent comme suit :

- **La déchirure du premier degré** : affecte la muqueuse vaginale et la peau périnéale ;
- **La déchirure du deuxième degré** : affecte la peau, la muqueuse vaginale, le centre tendineux du périnée, les muscles transverses et le muscle bulbo spongieux.
- **L'épisiotomie** : « On appelle épisiotomie la section du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve » (Lansac et al., 2006, p. 362). Les mêmes structures sont atteintes qu'en cas de déchirure du second degré. Dans notre travail, l'épisiotomie sera apparentée à la déchirure du deuxième degré. C'est en effet ainsi que les auteurs de nos différentes études la classe.
- **La déchirure du troisième degré** : affecte les mêmes structures que la déchirure du deuxième degré, plus le sphincter externe de l'anus (cette définition est valable dans la littérature française, la littérature anglo-saxonne, divise en deux cette catégorie) ;
- **La déchirure du quatrième degré** : toutes les structures précédentes sont déchirées, la paroi rectale est rompue. Il y a une communication entre le vagin et le rectum.

(Lansac, et al., 2006)

Les déchirures peuvent toucher d'autres tissus que ceux relatifs au périnée, l'accouchement peut également occasionner les dégâts suivants:

- **La déchirure vaginale** : plaie qui part de la vulve et qui remonte vers l'épine sciatique ou au-delà ;
- **Les déchirures nymphéales** : appelées également éraillures superficielles d'une petite lèvre ;
- **La déchirure du col** : déchirure rare souvent due à des poussées actives sur un col non complètement dilaté ;
- **Les déchirures clitoridiennes** : déchirures qui se situent au niveau du frein et/ou du capuchon du clitoris

(Lansac, et al., 2006).

Les études sélectionnées pour notre revue de la littérature les définissent selon cette nomenclature.

2.2.5.3. *Risques et complications possibles à long terme de l'accouchement par voie basse sur le périnée*

Les principaux risques et complications à long terme sont l'incontinence urinaire, l'incontinence anale ainsi que le prolapsus.

Leur impact varie en fonction de différents paramètres, tels que le degré de déchirure, la parité, mais aussi le déroulement des accouchements...

En effet, les naissances par voie basse se déroulent sans complication apparente dans $\frac{3}{4}$ des cas (Schwab & Zwimpfer, 2007). Elles peuvent se dérouler de façon plus ou moins physiologiques et pour le $\frac{1}{4}$ restant, une aide peut parfois être nécessaire afin de permettre une naissance par les voies naturelles. Les interventions humaines, bien que nécessaires lorsqu'elles sont décidées ne sont pas sans conséquences sur le périnée. Lorsqu'elles ne sont pas possibles, une césarienne (élective ou en urgence) est décidée.

2.3. Les différentes modalités d'accouchement

L'accouchement par voie basse peut prendre des tournures très différentes les unes des autres selon les situations. Nombreux sont les cas s'éloignant de la physiologie. Notre question de recherche porte sur les étiologies des lésions périnéales dont certaines sont induites par un accouchement traumatique, d'où l'intérêt de décrire les différentes modalités d'accouchement à ce stade de notre travail. De plus, nous retrouvons souvent la césarienne dans les résultats des études analysées d'où le choix d'en faire une brève description dans ce chapitre.

2.3.1. L'accouchement physiologique

La présentation fœtale est bien fléchie et orientée selon l'axe antéro-postérieur (pubo-coccygien) du détroit inférieur. Après avoir franchi ce dernier, l'expulsion fœtale prend place pour le passage du fœtus. (Lansac, et al., 2006)

2.3.2. L'accouchement instrumenté

L'extraction instrumentale est un moyen d'aider à l'expulsion. Elle peut être indiquée pour des raisons maternelles ou fœtales. De nombreux instruments sont disponibles pour la réaliser mais nous ne décrivons ici que ceux abordés dans la suite de ce travail, à savoir les forceps et la ventouse.

- **Les forceps** : Ils permettent l'extraction de la tête fœtale sans traumatisme, en imprimant à celle-ci les mouvements de la physiologie normale. Ils sont constitués de 2 branches droite et gauche qui s'articulent de façon variable, une cuillère sur chaque branche et un manche pour chaque branche (Lansac, et al., 2006).
- **La ventouse** : C'est surtout un instrument de flexion et accessoirement de traction. Il s'agit d'une cupule en métal ou en plastique rigide ou souple à l'intérieur de laquelle il est possible de créer une dépression réglable. Un fil ou une chaînette est fixé à son sommet et permet la traction qui doit être effectuée perpendiculairement au plan de la cupule afin d'éviter le dérapage. (Lansac, et al., 2006)

Différents types de complications peuvent survenir à la suite d'un accouchement instrumenté.

Si les accouchements spontanés sont une épreuve pour les tissus, les accouchements instrumentés (ventouse, forceps) sont la source d'une distension plus importante de ceux-ci et sont fréquemment accompagnés d'épisiotomies (80% pour les forceps, 16% pour les ventouses) (Schwab & Zwimpfer, 2007). La distension lèse les structures présentes et cause œdèmes, douleurs et, lorsqu'elle est extrême, déchirures. En 2004, 11.8% des accouchements ont été instrumentés. (Lansac, et al., 2006; Schwab & Zwimpfer, 2007).

2.3.3. La césarienne

Elle permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus qui est, dans la majorité des cas, horizontale (dite de Pfannenstiel). Elle est généralement réalisée sous anesthésie loco-régionale, cependant, une anesthésie générale est parfois nécessaire selon le cas. Selon l'OMS, le taux de césarienne ne devrait pas dépasser 15% des accouchements (OMS, 2012). Il existe plusieurs

indications à la césarienne, ainsi que différents types de complications, d'ordres maternelles ou fœtales, pouvant survenir lors de cette opération.

Certaines études défendent la césarienne comme facteur protecteur des complications d'un accouchement par voie basse à court et long terme (Barrett et al., 2000; Buhling et al., 2006; Safarinejad, Kolahi, & Hosseini, 2009).

Malgré, les risques potentiels, aussi bien à court qu'à long termes, que comporte un accouchement par voie-basse, il est indiscutable de signifier qu'initialement, la naissance est prévue biologiquement de cette manière. S'il est possible de se demander pourquoi, dans une société aussi développée que l'Occident, les femmes continuent à accoucher de façon naturelle – point polémique lorsque l'on aborde le sujet des traumatismes périnéaux – il est aussi légitime de se demander pourquoi la nature est-elle conçue ainsi.

2.3.4. Impact de l'accouchement par voie basse dans le lien mère-enfant

On trouve dans la littérature, différentes opinions autour de cette thématique. Certains auteurs recommandent la césarienne électorale comme moyen de prévention des lésions périnéales et donc, selon eux, de troubles de la sexualité inhérents à un accouchement traumatique (Barrett, Peacock, Victor, & Manyonda, 2005; Barrett, et al., 2000) Sans prendre parti dans notre travail, nous estimons nécessaire de relever quelques avantages importants de l'accouchement par voie basse pour la relation mère-enfant dans notre cadre de référence afin de pouvoir utiliser ces données par la suite.

Pendant le travail, un certain nombre d'hormones sont sécrétées par le bébé afin de le préparer à sa vie extérieure. Elles sont synthétisées en réaction à un stress et déclenchent des réactions physiques destinées à protéger le corps du nouveau-né. Elles sont majoritairement émises en fin de travail, lors de la compression de la tête fœtale et ont différentes fonctions telle que faciliter sa première inspiration. Dans le cas d'une césarienne programmée, ces hormones ne sont pas sécrétées et ces différents processus peuvent donc s'en trouver altérés (Schuler Barazzoni & Roth-Kleiner, 2008).

Par ailleurs, un bébé né par voie vaginale subit plusieurs heures de contractions qui lui font vivre un massage qui évacue une partie du liquide amniotique se trouvant dans les poumons et rend son adaptation respiratoire immédiate plus facile. Les bébés nés par césarienne électorale ne bénéficient pas de celui-ci et sont donc plus à risque de syndrome de détresse respiratoire. En effet, l'incidence de la morbidité respiratoire est significativement plus haute chez les nouveau-nés par césarienne électorale (35.5%) que chez les nouveau-nés nés par voie basse (5.3%) (OR=2,9, 95% CI 1.9-4.4) (Morrison, Rennie, & Milton, 1995).

Il est également plus délicat de mettre rapidement en contact un enfant né par césarienne avec sa mère qu'un enfant né par voie basse, la température des blocs opératoires avoisinant souvent les 14°.

Ainsi, un accouchement par voie basse est, dans la majorité des cas, un point positif pour la relation mère-enfant. En effet, la mise en contact rapide d'un nouveau-né avec sa mère, corrélée à son bien être en cours d'accouchement et à une bonne adaptation à la vie extra-utérine, favorisent la création de ce lien.

Nous venons de détailler l'importance de la sexualité sur le bien-être et la santé des être humains et plus particulièrement, sur celle de la femme. Nous avons ensuite démontré l'importance du périnée sur le corps et sur la sexualité. Enfin nous avons conclu par les conséquences d'une grossesse et tout particulièrement de l'accouchement par voie-basse sur cette zone anatomique, pour enfin exposer l'importance des accouchements par les voies naturelles et cela, à différentes échelles.

Abordée sous cet angle, la question paraît sans réponse. En effet, la maternité, c'est-à-dire l'accouchement, mais aussi la grossesse, lèsent le périnée, ce qui diminue les capacités de performances sexuelles féminines – au sens de Master & Johnson. Cette dégression, d'un point de vue strictement anatomique, entraîne, comme nous l'avons vu, des réponses plus courtes en intensité et en durée, soit une difficulté d'atteinte de l'orgasme, voire une anorgasmie. A cela se greffent le manque de lubrification dû aux hormones et les angoisses liées aux croyances et aux dyspareunies dont les raisons les plus rapportées sont celles liées aux traumatismes périnéaux.

Ce tableau noir ne reflète pourtant pas totalement la réalité, les faits ne se démontrent pas aussi facilement, surtout lorsque l'on aborde un sujet aussi complexe et intime que la sexualité. Cependant, la population des femmes accouchées par voie-basse sujettes à des difficultés pour la reprise des rapports sexuels représente la majorité de nos patientes, essentiellement lorsque l'on ajoute les naissances instrumentées.

Pour tenter d'appréhender et de comprendre le véritable impact des traumatismes périnéaux sur la sexualité suite à un accouchement par voie-basse, il est donc nécessaire d'effectuer une revue de la littérature sur ce sujet. A travers les résultats des études, nous désirons affiner nos connaissances et points de vue sur ce thème et discerner les facteurs qui influent réellement sur la sexualité de nos patientes afin de déterminer sur lesquels nous avons un rôle professionnel à jouer.

3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons effectué une revue de la littérature.

Pour ce faire, nous avons dû identifier les mots clés les plus appropriés à notre recherche. Nous avons divisé l'expression « lésions périnéales » en deux termes plus précis: « déchirures » et « épisiotomies ». Cinq mots clés sont ensuite apparus évidents : les deux cités précédemment, traduits respectivement par « *tears* » et « *episiotomy* » ainsi que les trois suivants : « rapports sexuels », traduit par « *sexual intercourse* », « fonction sexuelle » soit en anglais « *sexual function* » et « dyspareunie » traduit par « *dyspareunia* ».

L'objectif de ce travail de recherche bibliographique est d'identifier les articles pertinents pour notre mémoire. Nous avons exploré les bases de données bibliographiques pouvant être utiles. Celles identifiées comme les plus employées et utilisables pour notre recherche étaient les suivantes : MedLine, GoogleScholar, Rero, EmBase, Ovid. Parmi celles-ci, seules les 3 premières citées sont accessibles gratuitement depuis l'HEDS. Suite au cours reçu sur les recherches bibliographiques, nous avons décidé de nous focaliser principalement sur le moteur de recherche de référence bibliographique Pudmed¹⁹ qui nous a ainsi permis de rechercher directement dans la base de données MedLine. De plus, cette base de données est contrôlée et vérifiée, contrairement à Google Scholar, et elle dispose d'un nombre plus important de références bibliographiques que Rero qui ne permet pas d'obtenir les textes complets en format PDF.

Nous avons utilisé le tutorial de PubMed afin de nous familiariser avec cet outil et d'améliorer notre recherche²⁰.

Pour identifier les articles qui nous semblaient pertinents, nous avons procédé de la manière suivante :

A partir des cinq mots clés cités précédemment, nous avons identifié les termes MeSH²¹ adéquats à notre recherche grâce au visionnage des tutoriaux vidéos correspondants²². Les termes MeSH sont un thésaurus biomédical de référence, un outil d'indexation, de catalogage et d'interrogation des bases de données de la NLM²³, notamment MEDLINE/PubMed qui permet une recherche plus pertinente et précise sur Pubmed.

¹⁹ Lien Pubmed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

²⁰ Lien tutorial Pubmed : <http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html>

²¹ Termes MeSH : Medical Subject Heading

²² Lien des tutoriaux des termes MeSH : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

²³ NLM : National Library of Medicine, Bethesda, USA

Pour identifier les termes MeSH exacts dont nous avons besoin, nous avons utilisé le MeSH Browser²⁴ mis à disposition dans Pubmed.

Nos cinq mots clés traduits en termes MeSH étaient les suivants :

- *tears* → tears ;
- *episiotomy* → episiotomy ;
- *sexual intercourse* → coitus ;
- *sexual function* → sexual dysfunction, physiological ;
- *dyspareunia* → dyspareunia.

Avec ces cinq termes MeSH, nous avons élaboré une équation de recherche permettant de trouver des articles intéressants. Les résultats ci-dessous ont été récoltés en date du 24 octobre 2011.

- **"tears"[MeSH Terms]** : 5'992 références identifiées (Annexe V – Capture 1)
- **"episiotomy"[MeSH Terms]** : 1'538 références identifiées.
- **"coitus"[MeSH Terms]** : 5'817 références identifiées.
- **"sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms]** : 20'753 références identifiées.
- **"dyspareunia"[MeSH Terms]** : 1'203 références identifiées.

Les cinq termes recherchés de manière isolée ne sont pas suffisamment spécifiques. De ce fait, nous les avons combinés pour obtenir des articles correspondant plus précisément à notre question de recherche. Nous avons séparé nos 5 mots MeSH en 2 catégories :

- **Les étiologies** : "tears" et "episiotomy";
- **Les conséquences de celles-ci** : "coitus", "sexual dysfunction, physiological" et "dyspareunia".

Pour réaliser nos différentes équations de recherche, nous avons à chaque fois croisé une étiologie avec une conséquence, ce qui nous a donné les résultats suivants :

- **"episiotomy"[MeSH Terms] AND "coitus"[MeSH Terms]** : 20 références identifiées (Annexe V – Capture 2)
- **"tears"[MeSH Terms] AND "coitus"[MeSH Terms]** : 0 référence identifiée.
→ Il n'est pas nécessaire de croiser les termes "episiotomy"[MeSH Terms] AND "coitus"[MeSH Terms] AND "tears"[MeSH Terms] puisque la recherche "tears"[MeSH Terms] AND "coitus"[MeSH Terms] n'aboutit à aucun résultat.
- **"episiotomy"[MeSH Terms] AND "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms]** : 45 références identifiées.
- **"tears"[MeSH Terms] AND "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms]** : 1 référence identifiée.
→ Il n'est pas nécessaire de croiser les termes "episiotomy"[MeSH Terms] AND "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] AND "tears"[MeSH Terms] puisque la recherche "tears"[MeSH Terms] AND "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] n'aboutit qu'à 1 seul résultat.

²⁴ Lien du MeSH Browser : <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

- **"episiotomy"[MeSH Terms] AND "dyspareunia"[MeSH Terms] :** 43 références identifiées.
- **"tears"[MeSH Terms] AND "dyspareunia"[MeSH Terms] :** 0 référence identifiée.
 - ➔ Il n'est pas nécessaire de croiser les termes "episiotomy"[MeSH Terms] AND "dyspareunia"[MeSH Terms] AND "tears"[MeSH Terms] puisque la recherche "tears"[MeSH Terms] AND "dyspareunia"[MeSH Terms] n'aboutit à aucun résultat.

Le choix de l'opérateur « booléen » AND et des termes MeSH nous a permis de limiter notre recherche de manière à obtenir des références bibliographiques les plus pertinentes possibles. Nous sommes conscientes que cette méthode entraîne le risque de ne pas trouver les articles qui ne sont pas encore indexés MeSH dans PubMed.

De plus, notre recherche de littérature est limitée par le fait que tous les articles identifiés n'étaient pas disponibles en texte intégral, condition indispensable à leur sélection. Nous nous sommes cependant rendues à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Genève afin d'avoir en notre possession un maximum d'articles en texte intégral.

Nous avons ensuite réalisé les lectures critiques des 30 articles correspondant à notre recherche et disponibles en texte intégral. Pour ce faire, nous avons choisi une grille de lecture généraliste de santé publique et d'épidémiologie. Nous avons consulté les sites des principales revues de santé publique (New England Journal of Medicine, Lancet, British Medical Journal, Journal of American Medical Association (JAMA)). Celles-ci proposent toutes des grilles de lecture. Notre choix s'est porté sur celle du JAMA car elle est souvent utilisée dans le cadre de recherche scientifique et qu'une version française et gratuite y est disponible (Annexe V – Capture 3). De plus, le JAMA est un journal scientifique reconnu ce que confirme son impact factor qui est de 30. Il propose plusieurs types de grilles de lecture. La plus appropriée pour nous était celle concernant l'exposition à un agent, étiologie, causalité bien qu'il nous ait été impossible de répondre à certains critères.

A la suite de l'analyse critique de ces 30 articles, nous en avons éliminé 25. La majorité d'entre eux (15) traitaient de l'accouchement par voie basse et de ses conséquences, la place laissée à la sexualité étant très restreinte. Beaucoup plaçaient l'incontinence (anale notamment) au centre de leur recherche dont les résultats étaient intéressants mais inutiles pour notre travail. D'autres articles (6) mentionnaient simplement la sexualité dans leur discussion sans pour autant l'étudier en tant que telle ce qui ne nous apportait pas suffisamment d'informations pour enrichir notre mémoire. L'exclusion des derniers articles (4) s'est faite suite à l'analyse de leur méthodologie qui nous semblait inappropriée pour notre sujet.

Nous avons donc finalement sélectionnés 5 articles susceptibles de nous aider à répondre à notre question. Ils sont les suivants :

- Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 2008 Jun;35(2):98-106.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001 Apr;184(5):881-8.
- van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG* 2006 Aug;113(8):914-8.
- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Jan 1;124(1):42-6.
- Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med.* 2009 Jun;6(6):1645-67.

La sélection des études maintenant réalisée, l'analyse en est la suite logique.

Dans le chapitre suivant se trouve le détail structuré du contenu de ces études sous la forme d'un tableau qui permet la mise en parallèle de leurs points clés. Chaque article est analysé et chaque résultat interprété par la suite.

4. ANALYSE CRITIQUE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

4.1. Description de la revue de la littérature

Les fiches de lecture rédigées de la revue de la littérature se trouvent dans les annexes dans l'ordre d'apparition du tableau, (annexes VI, VII, VIII, IX et X).

Le contenu des études et de chacun de ces points importants est retracé sous la forme de tableau ci-après. Il est possible d'y lire les données suivantes.

Tableau p. 48 :

- Le type d'étude
- Le Journal de publication
- L'impact factor
- L'année de publication
- Le lieu de la réalisation

Tableau p. 49 :

- Les objectifs de l'étude
- La durée de l'étude
- La taille de l'échantillon
- La population de l'étude

Tableau p. 50 :

- Les critères d'inclusion
- Les critères d'exclusion

Tableau p. 51 :

- Les dates des contrôles
- Les groupes comparés
- Les types de questionnaire

Tableau p. 52 :

- Les questions spécifiques
- Les facteurs de risque étudiés/mesurés

Tableau p. 53 :

- Les résultats principaux

Afin de faciliter la lecture avec une mise en page adéquate, nous avons été dans l'obligation d'utiliser des abréviations. Elles se retrouvent toutes avant la table des matières de ce travail.

	Type d'étude	Journal de publication	Impact Factor	Année de publication	Lieu
Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C.	Longitudinale rétrospective	BIRTH	1.821	2008	Suède 593 cliniques anténatales
Signorello, L., Harlow B., Chekos, A., & Repke, JT.	Cohorte	American journal of obstetrics & gynecology	3.313	2001	Boston Centre Brigham and Women's Hospital (BHW)
van Brummen, HJ., Bruinse, HW., van de Pol, G., Heintz, APM., & van der Vaart, CH.	Cohorte	BJOG : An International journal of Obstetrics and Gynecology	3.349	2006	Pays-Bas
Buhling, KJ., Schmidt, S., Robinson, J., Klapp, C., Siebert, G., & al.	Transversale avec récolte des données rétrospectives	European journal of obstetric & gynecology and reproductive biology	1.764	2005	Allemagne
Safarinejad, MR., Kolahi, AA., & Hosseini, L.	Prospective	J Sex Med : The Journal of Sexual Medicine	3.957	2009	Iran

	Objectifs	Durée	Taille de l'échantillon	Population
Radestad et al.	Rechercher si les déchirures du vagin, du périnée, du sphincter anal, ou du rectum entravent ou non les 1 ^{er} rapports sexuels après un accouchement	3 périodes de 3 semaines sélectionnées à 4 mois d'intervalle	2490 participantes	Primipares et multipares
Signorello et al.	Evaluer la relation entre les traumatismes périnéaux et le déroulement des rapports sexuels après un accouchement jusqu'à 6 mois post-partum	7 mois	615 participantes	Primipares
van Brummen et al.	Evaluer quels facteurs influent sur l'activité sexuelle et la satisfaction qui en découle une année après le premier accouchement	18 mois	377 participantes	Primipares
Buhling et al.	Evaluer l'influence des modalités d'accouchement sur la sexualité	2 ans	655 participantes	Primipares
Safarinejad et al.	Evaluer la relation entre les modalités d'accouchement sur l'incidence des dysfonctions sexuelles et de la diminution de la qualité de vie chez l'homme et la femme pendant la 1 ^{ère} année qui suit la naissance	18 mois	836 participants	Primipares, et leur mari

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Radestad et al.	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les femmes enceintes venant consulter dans les cliniques participantes à l'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> Non compréhension du suédois Fausse couche tardive Mort in-utéro
Signorello et al.	<ul style="list-style-type: none"> AVB à terme Présentation céphalique Singletons AVB au BHW 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun
van Brummen et al.	<ul style="list-style-type: none"> Primipares Enceintes de singleton Entre 12 et 18 SG Hétérosexuelles Grossesses à bas risques Parlant le néerlandais 	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'antécédents de chirurgie et/ou, d'anomalies uro-gynécologiques ou anale Diabète Troubles neurologiques Enfant(s) à charge
Buhling et al.	<ul style="list-style-type: none"> Primipares ayant accouché dans la période étudiée Allemandes Accouchées par un obstétricien qualifié 	<ul style="list-style-type: none"> AVB avant 35 SA révolues Mort in-utéro
Safarinejad et al.	<ul style="list-style-type: none"> Primipare 21-32 ans En bonne santé A bas risques obstétricaux Classe moyenne Grossesse et AVB non compliqués Singleton Enfant vivant AVB \geq a 37 SA Contrôle prénatal mensuel pour prouver leur état de santé Non fumeuses Ne consommant aucune substance illicite, ni alcool ou drogue Prescription de fer et de vitamines 	<ul style="list-style-type: none"> Problèmes sexuels dans les différents domaines testés avant la grossesse Pas de suivi pendant 12 mois après l'AVB Malformations fœtales, RCIU. Maladie chronique maternelle Obésité Multiparité Présentation Non céphalique AVB avant 37 SA Diabète gestationnel ou sucré TA pathologique Protéinurie pendant la grossesse Maladie cardiaque, rénale, ou hépatique Pré-éclampsie Thrombose Hémorragie ante-partum Tous critères pouvant influencer la fonction sexuelle

	Dates des contrôles	Groupes comparés	Type de questionnaire
Radestad et al.	0-3 mois / 3-6 mois/ 6-12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Périnée intact • Dech du clitoris/lèvres • Dech vaginales • Dech périnéales • Dech du sphincter anal • Toutes déchirures et épisiotomie confondues (L'annexe VI donne plus de détail) 	3 questionnaires non validés
Signorello et al.	3 et 6 mois post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groupe 1</u> : PI/Dech 1 = 211 • <u>Groupe 2</u> : Dech 2/Episio simple = 33 • <u>Groupe 3</u> : Dech 3/Dech 4/Episio compliquée = 68 	Questionnaire non validé
van Brummen et al.	12 et 36 SG 3 et 12 mois post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de groupe défini au départ de l'étude. 	Questionnaire validé
Buhling et al.	Après la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groupe « AVB_{sp} »</u> : 119 • <u>Groupe « AVB_{sut} »</u> : 326 • <u>Groupe « AVB_{instru} »</u> : 148 • <u>Groupe « César »</u> : 62 	Questionnaire validé
Safarinejad et al.	A 24 SA puis tous les mois pendant 12 mois post-partum (données relevées à 3, 6 et 12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groupe « AVB_{sp} »</u> : 169 • <u>Groupe « AVB_{sut} »</u> : 167 • <u>Groupe « AVB_{instru} »</u> : 165 (séparé en 2 sous-groupes FO et VE) • <u>Groupe « César_{élect} »</u> : 168 • <u>Groupe « César_{urg} »</u> : 167 	4 questionnaires validés

	Questions spécifiques	Facteurs de risques étudiés/ mesurés
Radestad et. al.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Questionnaire n°1</u> : Tôt dans la grossesse (données sociodémographiques)/EPDS • <u>Questionnaire n°2</u> : à 2 mois post-partum (mode d'AVB/allaitement/EPDS) • <u>Questionnaire n°3</u> : à 1an post-partum (moment précis de la reprise des rapports/Allaitement/EPDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1er rapport sexuel post-AVB • Cause d'une non-reprise des rapports sexuels à 3 et à 6 mois post-partum
Signorello et al.	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de reprise des rapports depuis l'AVB • Présence ou absence de dyspareunies • Sensations • Satisfaction • Probabilité d'atteindre l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise des rapports sexuels. • Durée des dyspareunies après l'AVB. • Satisfaction pendant les rapports sexuels • Facteurs influençant les dyspareunies post-AVB .
van Brummen et al.	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement de la vie sexuelle et conjugale au cours de la grossesse et dans le post-partum • Rapports sexuels, satisfaction au cours de ceux-ci 	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise des rapports sexuels • Satisfaction lors des rapports sexuels
Buhling et al.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement sexuel avant pendant et après la grossesse • Dyspareunies avant et après la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise des rapports sexuels • Degré de douleur lors du 1er rapport • Durée des dyspareunies après l'AVB
Safarinejad et al.	<ul style="list-style-type: none"> • Désir • Excitation • Lubrification • Orgasme • Satisfaction • Qualité de la vie • Dyspareunies <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <p style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</p> <p style="vertical-align: middle;">Chez l'homme et la femme</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise et fréquence des rapports sexuels • Dyspareunies en fonction des différentes modalités d'accouchement • Présence et évolution des troubles sexuels chez la femme de l'homme pendant le post-partum

	Résultats principaux
Radestad et al.	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont leur 1^{er} rapport sexuel en moyenne à 2.9 mois post-AVB. • A 3 mois post-partum : Les femmes avec des déchirures (vagin, périnée, sphincter), ou de plus de 35 ans, ont plus de risques de ne pas avoir repris les rapports sexuels. L'épisiotomie n'est pas significative • A 6 mois post-partum : Idem qu'à 3 mois • A 1 an post-partum : Les déchirures ne sont plus significatives. L'âge supérieur à 35 ans l'est encore • Malgré l'évidence de l'impact négatif des lésions périnéales sur la fonction sexuelle, il n'est pas clair pour les auteurs que le degré du traumatisme soit un facteur décisif pour la reprise des rapports • La primiparité et la multiparité ne sont jamais des facteurs significatifs
Signorello et al.	<ul style="list-style-type: none"> • A 6 mois post-partum environ 90% des femmes des différents groupes ont repris les rapports sexuels • ¼ des femmes disent avoir moins de sensation/satisfaction/orgasme qu'avant la naissance • Après un AVB instrumenté, les dyspareunies sont plus fréquentes et plus persistantes • Les femmes qui allaitent ont 4 fois plus de dyspareunies • Les dyspareunies augmentent de façon significative avec le degré de lésion périnéale mais elles diminuent dans le temps • Les antécédents de dyspareunies sont significatifs dans celles ressenties à 6 mois post-partum • ¼ des femmes rapportent un plaisir augmenté par rapport à avant l'AVB
van Brummen et al.	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses données sont non significatives • Un haut degré de déchirure augmenterait significativement de 5 fois le risque de ne pas être sexuellement satisfaite comparé aux femmes dont le périnée est intact. • Les femmes d'âge plus avancé au moment de l'accouchement seraient moins satisfaites lors des rapports sexuels que les autres • Lien important entre l'absence de rapport sexuel ou de satisfaction dès 12 SG et la non-reprise de ceux-ci à 1 an post-partum
Buhling et al.	<ul style="list-style-type: none"> • 47 % des femmes ont repris les rapports sexuels à 8 semaines postpartum : aucune différence significative parmi les groupes • Le degré de douleur lors du 1^{er} RS dépend significativement des modalités d'AVB. 69% en souffrent lors du 1^{er} rapport • La persistance des dyspareunies après 6 mois dépend du mode d'AVB (de 3.4 % « AVB_{sp} » à 14% « AVB_{instru} ») • Les sites de dyspareunies rapportés sont : fourchette vulvaire (26%) et vestibule vaginal (16%) • Les causes de dyspareunies rapportées sont : peur (11%), manque de lubrification (10%) et autres (6%) • 92% des femmes rapportent du plaisir pendant les rapports à 3 mois post-partum avec aucune différence entre les groupes
Safarinejad et al.	<ul style="list-style-type: none"> • A 8 semaines post-partum, les femmes césariées sont les plus nombreuses à voir repris les rapports, et celles qui ont subi un AVB instrumenté, sont les moins nombreuses. • La fréquence des rapports sexuels augmente pour tous les groupes pendant la 1^{ère} année, mais ne retrouve pas la ligne de base d'avant la grossesse. • Tous les critères du FSFI sont impactés significativement par les modalités d'AVB, à chaque fois les femmes césariées souffrent le moins, et les femmes avec un AVB instrumenté souffrent le plus. Les problèmes diminuent tous au cours de la 1^{ère} année • Il en va de même avec l'IIEF chez les hommes • Le mode d'AVB a un impact sur les différents paramètres de la satisfaction

4.2. Analyse critique de la revue de la littérature

Nous allons dans un premier temps procéder à l'analyse critique des points notables des différents articles sélectionnés et cela en termes de qualité méthodologique, d'échantillon et d'éthique. Ensuite, nous nous attacherons à la revue de littérature. En effet, comme nous l'avons mentionné dans la partie méthodologique, nous avons initialement une trentaine d'articles à notre disposition suite à notre recherche par mots clés. Les cinq articles sélectionnés sont étudiés. Tous se rapportent à notre problématique mais chacun possède sa particularité qui permet, en plus de nous aider à répondre à notre questionnement, d'agrandir le champ de nos recherches.

4.2.1. Analyse de l'étude de Radestad et al.

- **Analyse de la qualité méthodologique :** c'est une étude longitudinale pour laquelle la récolte des données s'est faite de façon prospective auprès des patientes, afin d'éviter le biais que représentent les études rétrospectives. La population finale de l'étude est homogène ; il n'y a aucune différence significative entre les paramètres sociodémographiques (âge, parité, statut marital...) ce qui rend les groupes comparables.

Il nous semble intéressant de souligner que les auteurs détaillent les différents types de déchirures et leur pourcentage de survenue en Suède en précisant la description globale de la prise en charge habituelle dans ce pays (choix du professionnel en fonction de la déchirure). Cela permet au lecteur d'évoluer dans un cadre théorique clair. A contrario, il n'y a aucune donnée concernant les conseils prodigués à la sortie de la maternité (reprise des rapports...). La standardisation de ceux-ci donnerait plus de crédibilité aux résultats.

- **Analyse de l'échantillon final :** Cet article concerne une grande population de primipares et de multipares. En effet, 2490 femmes sont incluses dans cette étude ce qui représente le plus grand échantillon de notre revue de la littérature.

Les critères d'exclusion étaient la non-compréhension du suédois, ce qui paraît judicieux car cela permet d'éviter un biais en lien avec la compréhension des questionnaires, ainsi que les morts in-utéro et fausses couches tardives, afin de limiter les biais psychologiques, ce que nous trouvons également justifié.

Choisir 593 cliniques pour la participation à l'étude implique un grand nombre de personnels, de protocoles et de pratiques différents ce qui peut être un biais méthodologique au niveau de la validité des résultats. Cependant, plusieurs réunions ont été mises en place afin de recruter les sages-femmes et obstétriciens

de l'étude. Les modalités de cette dernière ainsi que leurs rôles ont été expliqués.

- **Analyse des outils utilisés par les auteurs :** trois questionnaires simples ont été envoyés aux participantes, chacun aborde différents points, le seul transversal étant l'évaluation des symptômes dépressifs grâce à l'EPDS, questionnaire validé.

Bien que cela ne soit pas le sujet de notre recherche, nous aurions trouvé intéressant que les résultats de l'EDPS en lien avec la reprise de la sexualité soient plus développés (Annexe I).

- **Analyse de l'éthique :** une annonce a été publiée dans le journal national des sages-femmes, le *Jordemodern*, afin d'informer les professionnels concernés par le lancement de l'étude qui a été approuvée par le Comité d'Ethique Régional de l'Institut Karolinska (The Regional Ethics Committee at the Karolinska Institutet) de Stockholm, en Suède. Les patientes ont reçu une information écrite et orale et ont signé un consentement éclairé. Ces différents paramètres confèrent une éthique correcte à l'étude et mettent en évidence la motivation des auteurs à limiter au maximum ce biais, tout en obtenant un échantillon de population conséquent.

Un seul point nous interroge : le fait que l'étude ait été présentée aux femmes comme une recherche concernant leur expérience autour de la grossesse et de l'accouchement, sans mention spécifique décrite à propos de sexualité. Les auteurs assument ce point, justifient leur choix par l'absence de profondeur de la question concernant la sexualité et l'obtention d'un taux de réponse plus élevé que de nombreuses autres études effectuées à ce sujet (Buhling, et al., 2006; Signorello, Harlow, Chekos, & Repke, 2001; van Brummen, Bruinse, van de Pol, Heintz, & van der Vaart, 2006). Nous pensons cependant que cela constitue une limite à l'éthique des auteurs. En effet, sans constituer un mensonge vis à vis des patientes, cela n'est qu'une facette de la réalité.

Finalement, en regard de notre questionnement, les auteurs aboutissent aux données suivantes : jusqu'à 6 mois post-partum, les femmes sujettes à des déchirures du vagin (RR=1.6 ; 95%CI 1.2-2.3), du périnée (RR=1.5; 95%CI 1.1-2.1), du sphincter anal et/ou du rectum (RR=2.2 ; 95%CI 1.1-4.6) ont plus de risques de ne pas avoir repris les rapports sexuels en comparaison des groupes non touchés par ces différentes lésions périnéales. Dans le même cadre, l'épisiotomie n'est jamais significative (RR=1.1 ; 95%CI 0.7-1.8).

Ils en concluent que les déchirures du vagin, du périnée, du sphincter et de la muqueuse anale ou du rectum sont associées à une reprise des rapports sexuels différée au cours des 6 premiers mois post-partum dans l'échantillon de population étudiée. Malgré l'évidence de l'impact négatif des lésions périnéales sur la fonction sexuelle, il n'est pas clair pour les auteurs que le degré du traumatisme soit un facteur décisif pour la reprise des rapports ce que confirment d'autres études réalisées sur des sujets similaires.

Cette étude inclut des femmes primipares et multipares. La multiparité n'est pas significative dans la reprise des rapports sexuels à 3 mois post-partum (RR=0,9 ; 95%CI 0.8-1.1). Par la suite, notre revue de la littérature n'implique que des primipares. Bien que ceci puisse être considéré comme un biais de part l'exclusion d'un groupe de femmes important que sont les multipares, il permet cependant d'étudier l'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle de couples n'ayant jamais été confrontés à ce vécu ce qui est pour nous un point positif.

Enfin, cette étude est basée sur la seule question de la reprise de la sexualité et ne concerne que le premier rapport sexuel post-partum. Il est alors justifié de se demander si ce premier rapport est déterminant pour le retour d'une vie intime dans la durée. La reprise des rapports sexuels fait partie de notre problématique, mais n'en est qu'un aspect. S'il est pour nous important de traiter ce point en détail, il est maintenant nécessaire de le développer et de l'enrichir, en s'intéressant au vécu de la sexualité des femmes suite à leur accouchement ce que les auteurs de l'étude décrite ci-après ont fait.

4.2.2. Analyse de l'étude de Signorello et al.

- **Analyse de la qualité méthodologique :** cette étude se penche de manière précise sur le ressenti des femmes au cours de leurs relations sexuelles à 3 et 6 mois post-partum ainsi que lors du premier rapport ce qui est pour nous une prise en charge d'une longueur appropriée.

C'est une cohorte rétrospective ce qui peut être un biais dans les résultats, comme toute étude réalisée selon cette méthode. En effet, les participantes sont interrogées à posteriori ce qui est moins fiable.

Les auteurs croisent des résultats concernant à la fois l'origine sociodémographique et culturelle des femmes, les lésions qu'elles ont subies, ainsi que leur sensation au cours des rapports ce qui confère à cette étude un intérêt scientifique supplémentaire. Ils constatent qu'aucun des facteurs étudiés (IMC²⁵, ethnie, niveau d'éducation), exceptés l'âge (>35 ans) et le fait de vivre avec le partenaire, impactent significativement la reprise des rapports sexuels ce qui leur permet de se concentrer de façon plus ciblée sur les lésions périnéales.

La naissance par césarienne n'est pas utilisée comme référence comparative contrairement à d'autres études (Buhling, et al., 2006; Radestad, Olsson, Nissen, & Rubertsson, 2008; Safarinejad, et al., 2009; van Brummen, et al., 2006) ce qui rend les résultats d'autant plus intéressants pour notre problématique et nous évite un biais supplémentaire, puisque la césarienne n'en fait pas partie.

Enfin, les conseils donnés à chaque femme à la sortie de la maternité ne sont pas connus. Or, nous pensons que ceux-ci ont un impact non négligeable sur le comportement des femmes lors de leur retour à domicile comme nous l'avons

²⁵ IMC : Indice de masse corporelle

déjà souligné pour l'étude précédente et qu'il serait donc intéressant de les connaître pour interpréter aux mieux les résultats.

- **Analyse de l'échantillon** : les sujets de l'étude sont au nombre définitif de 626 (sur 921 initialement recrutés). Cependant, l'absence de critère d'exclusion nous pose question. En effet, il nous paraît étrange que des femmes qui ont vécu des traumatismes en lien avec la naissance et la maternité soient incluses au même titre que des patientes ayant accouché de manière physiologique. Parallèlement, ce peu de critères d'inclusion et d'exclusion permet l'obtention d'un échantillon très représentatif de la population générale, la pathologie prenant régulièrement part à la naissance (Schwab & Zwimpfer, 2007).

Nous relevons que le groupe des femmes qui ont subi une déchirure de 3^{ème} et 4^{ème} degré ou une épisiotomie compliquée comporte moins de femmes que les autres (68 patientes vs 211 dans le groupe périnée intact/déchirure du premier degré et 336 dans le groupe déchirure du deuxième degré/épisiotomie). Cependant, la proportion de patientes dans ce groupe est supérieure à celle de la réalité du terrain ce qui rend possible la comparaison des différents groupes. En effet, en obstétrique, environ 1,7% des femmes souffrent de lésions périnéales graves (Schwab & Zwimpfer, 2007) ce qui représenteraient uniquement 10 patientes sur les 615 recrutées dans cette étude.

- **Analyse des outils utilisés par les auteurs** : les données ont été récoltées à travers un questionnaire à choix multiples. Ce type de questionnaire peut plus ou moins bien correspondre aux femmes et biaiser certains résultats, ce que les auteurs reconnaissent. Nous notons que les questionnaires utilisés ne sont pas validés et peu décrits. Nous aurions aimé pouvoir les consulter ou avoir plus de détail sur leur contenu afin d'affiner notre analyse.

- **Analyse de l'éthique** : nous n'avons aucun commentaire particulier à faire en ce qui concerne l'éthique de cette étude. En effet, elle a été approuvée par le Comité de Recherche Humaine (Human Research Committee) et les participantes ont signé un consentement éclairé.

En conclusion, les auteurs relèvent le fait qu'un quart des femmes disent avoir moins de sensation/satisfaction/orgasme en regard d'avant la naissance et cela jusqu'à 6 mois post-partum ce que nous retrouvons dans les autres études et dans des proportions similaires (Safarinejad, et al., 2009; van Brummen, et al., 2006).

Parallèlement, cette étude rapporte un résultat qui lui est propre et qu'il nous semble intéressant de souligner : 19,6% des femmes qui ont répondu à l'étude rapportent un plaisir augmenté en comparaison avec l'avant grossesse (25% d'entre elles n'ont pas été sujettes à des lésions périnéales). Ainsi, cette étude nous questionne quant aux antécédents de dyspareunie et à la qualité de la vie sexuelle au sein d'un couple avant la naissance. En effet, nous nous

demandons si la présence de celles-ci peut influencer les douleurs ressenties lors du premier rapport et à 6 mois post-partum. Bien que ce point ne soit pas directement inclus dans notre problématique, l'étude suivante aborde notamment l'impact de la sexualité pendant la grossesse sur celle du post-partum. Elle nous permet de faire le point de la sexualité des couples un an après l'accouchement ce qui est le laps de temps auquel s'intéresse notre question de recherche.

4.2.3. Analyse de l'étude de van Brummen et al.

- **Analyse de la qualité méthodologique :** le but de cette étude est d'évaluer les facteurs influençant l'activité sexuelle et la satisfaction associée à un an post-partum. Elle développe le point suggéré par Signorello et al. en ce qui concerne l'importance des antécédents sexuels pendant la grossesse sur la reprise des rapports post-accouchement tout en prenant en compte le degré de lésion périnéale suite à la naissance ce qui répond à notre question de recherche. Elle se cantonne à la sexualité prénatale et aucune donnée n'est donc récoltée sur la sexualité anténatale.

Dans cette étude, la définition des rapports sexuels s'apparente strictement à la pénétration, comme dans le Larousse 2013. Ce point de vue nous semble réducteur. Il serait intéressant de considérer la sexualité dans son ensemble, mais nous comprenons le choix des auteurs, car cela permet de limiter un biais de subjectivité.

Ils ont décidé de ne pas définir de groupe de patientes pour leur analyse. Ceci peut être justifié par le fait que leur question de recherche est ouverte. Cependant, nous aurions trouvé intéressant d'exposer les résultats de manière plus structurée afin d'aider à la compréhension des lecteurs. De plus, si les résultats apparaissent clairement dans les différents tableaux de l'étude, ils sont peu retranscrits dans le texte ce que nous trouvons dommage.

Par ailleurs, nous notons le taux élevé d'épisiotomies (40%) en comparaison avec celui de la Suisse (25,5%) (Schwab & Zwimpfer, 2007) bien qu'il soit habituel aux Pays-Bas au moment de la réalisation de l'étude (34%) (J.W. de Leeuw, P.C. Struijk, M.E. Vierhout, & Wallenburg., 2001).

Nous constatons également qu'aucune des femmes de l'étude n'allaita son enfant à un an post-partum ; ce facteur n'est jamais étudié au cours de l'étude. Cela nous pose question puisque l'allaitement modifie le système hormonal de la mère et impacte le désir, la satisfaction et la fréquence des rapports sexuels (Masters & Johnson, 1979; Signorello, et al., 2001). Ce facteur peut être un biais, d'autant plus que 80% des femmes hollandaises initient l'allaitement à la naissance de leur enfant (Turck, 2010).

- **Analyse de l'échantillon :** sur les 524 femmes qui ont accepté de participer à l'étude, 377 ont suivi le protocole jusqu'au bout. Cet échantillon est relativement mince en comparaison des autres études choisies.

La sélection de la population, en terme de critères d'inclusion et d'exclusion, nous semble claire et défendable. Certains critères d'exclusion nous paraissent intéressants tels que le choix de ne pas faire participer les patientes ayant des antécédents de chirurgie ou d'anomalies uro-gynécologiques ou anales. Nous ne retrouvons ce critère que rarement et pensons qu'il peut être un biais important dans des études abordant de sexualité.

- **Analyse des outils utilisés par les auteurs** : nous avons été confrontées à des difficultés pour la compréhension de la méthodologie du questionnaire distribué aux femmes ce que nous pouvons reprocher aux auteurs. Le MMQ n'est pas annexé dans son intégralité ce qui aurait facilité l'interprétation des résultats. Il est brièvement décrit par les auteurs en terme d'analyse des résultats mais très peu en terme de contenu. Les patientes le remplissent seules et il est délicat d'évaluer sa fiabilité sans en avoir connaissance.

- **Analyse de l'éthique** : nous n'avons aucune remarque à faire sur la qualité éthique de cette étude. Chacune des sages-femmes participantes a donné une information écrite et orale aux patientes recrutées lors de rendez-vous post-partum. Une semaine après, les participantes ont confirmé leur participation avant de signer un consentement éclairé.

Les données ont été récoltées sur la base de données nationales d'obstétrique néerlandaise (Dutch National Obstetric Database – LVR) et l'étude a été validée par le Comité d'Ethique Médicale du Centre Médical Universitaire d'Utrecht (Medical Ethics Committee of the University Medical Centre Utrecht).

Finalement, en lien direct avec notre question de recherche, les auteurs relèvent qu'une déchirure du 1^{er}/2^{ème} degré ou une épisiotomie ne sont plus des facteurs significatifs impactant de manière négative la reprise des rapports sexuels à 1 an post-partum. En revanche, la présence de déchirure du 3^{ème}/4^{ème} degré serait un facteur retardant la reprise de la sexualité et ce, de manière significative dans ce même laps de temps. Les modalités d'accouchement (césarienne, accouchement instrumenté ou spontané) n'est plus significatif à ce moment là.

L'évaluation de la satisfaction sexuelle se retrouve peu dans les résultats, malgré le fait qu'elle soit citée dans les buts initiaux des auteurs

Le fait d'être sexuellement actif à 12 semaines de grossesse faciliterait une reprise plus rapide des rapports sexuels dans la période post-partum. En effet, cet article met en lumière le fait que l'accouchement ne serait un facteur important du changement de la sexualité d'un couple qu'à court ou moyen terme, mais que la maternité d'un point de vue plus global (grossesse et post-partum) est en soit un bouleversement pour celle-ci. Cet aspect enrichit notre recherche notamment en ce qui concerne notre rôle en tant que sage-femme et sera abordé plus en profondeur dans la suite de ce travail.

Cette étude conclut qu'une année après la naissance, les traumatismes périnéaux, toutes étiologies confondues, ne sont pas significatifs, exceptés les

hauts degrés de déchirures. Cependant, les auteurs exposent également que ni les déchirures simples, ni les épisiotomies, ni les accouchements instrumentés impactent la reprise de la sexualité et cela aussi bien à 3 et 6 mois post-partum qu'à 12. Cela nous questionne, surtout par rapport à l'impact des modalités d'accouchement sur le vécu de la sexualité. Si van Brumen & al. ne trouvent aucun résultat significatif à ce propos, il en va différemment pour l'étude suivante dont le sujet porte principalement sur ce thème.

4.2.4. Analyse de l'étude de Buhling et al.

- **Analyse de la qualité méthodologique :** les trois études précédentes étudient la reprise de la sexualité en fonction du type de lésions périnéales sans se pencher spécifiquement sur les étiologies de celles-ci. Les résultats de l'étude de Buhling et. al en revanche mettent en avant l'impact du degré de déchirure et des modalités d'accouchement sur le moment de reprise des rapports sexuels ainsi que le plaisir et/ou les dyspareunies s'y rapportant.

La récolte des données est faite de manière rétrospective, ce qui peut constituer un biais de mémorisation. En effet, il nous semble difficile de répondre objectivement à certaines questions du questionnaire choisi après un long laps de temps.

En ce qui concerne le taux de réponse des groupes, des différences sont à relever. En effet, il est significativement plus élevé dans les groupes « AVB_{sut} » (46%) et « AVB_{instru} » (52%) comparé aux autres groupes (taux moyen de réponse de 25%). Les auteurs font preuve d'honnêteté et expliquent dans leur discussion que cela est un réel biais. Cependant, c'est également la preuve que les femmes qui ont subi le plus de dommages périnéaux sont les plus intéressées par le questionnaire et par déduction potentiellement plus sujettes à des troubles de la fonction sexuelle.

Le groupe des césariennes comporte peu de patientes ce qui aurait pu être considéré comme un biais mais cela ne nous pose pas de difficulté, notre question de recherche ne portant que sur les lésions périnéales après un accouchement par voie-basse.

Un point positif est à relever en termes de méthodologie : les patientes ont toutes reçu la même information à la sortie de la maternité concernant la reprise des rapports sexuels, à savoir d'attendre 2 semaines après l'accouchement. De plus, ce délai nous semble tout à fait juste et approprié, comme nous l'observons et le justifions dans notre cadre de référence.

- **Analyse de l'échantillon :** sur les 1613 femmes contactées, 655 ont répondu. Cela représente 40,6% des femmes initialement susceptibles de participer à l'étude.

Les critères d'inclusion et d'exclusion nous semblent justifiés et l'échantillon obtenu représentatif de la population générale. En effet, les patientes sont toutes

de nationalité allemande ce qui évite un biais relatif à la culture et la compréhension du questionnaire. Les critères d'exclusion sont restreints à une naissance prématurée ou une mort in utero ce qui nous paraît tout à fait approprié.

- **Analyse des outils utilisés par les auteurs** : bien que créé pour l'étude, le questionnaire a été évalué par différents experts indépendants avant sa distribution. De plus, il est joint à l'étude ce qui est appréciable et permet son analyse.

Dans l'ensemble, il nous semble adéquat et adapté au sujet de l'étude. Il balaye un large champ d'éléments concernant la sexualité, aussi bien en termes de facteurs propres que de temporalité. Toutes sortes de causes relatives aux troubles sexuels potentiels sont explorées ce qui est un point positif (douleur de l'accouchement, qualité ressentie de la prise en charge des lésions périnéales en post-partum...). De plus, les patientes ont été interrogées sur le type et le lieu de douleur potentiellement ressentie. Enfin, le partenaire est pris en compte dans certaines questions ce que nous trouvons particulièrement pertinent. Seul bémol, cité plus haut, il est rétrospectif.

Le questionnaire ouvre donc des pistes variées ce que nous trouvons pertinent, la sexualité apparaissant comme un ensemble. Cependant, malgré le fait que les auteurs aient songé à de nombreuses causes ou conséquences de troubles sexuels, les différents résultats ne leur rendent pas forcément hommage. En effet, nous ne retrouvons en réalité que la présence et la durée des dyspareunies dans les tableaux.

- **Analyse de l'éthique** : les participantes n'ont pas signé de consentement éclairé et nous ne savons pas de quelle manière le questionnaire a été introduit dans l'e-mail qu'elles ont reçu, ni si elles en avaient été informées au préalable. Sans remettre en question l'éthique de cette étude qui a été approuvée par le Comité de Révision Interne (Internal Review Board) de l'institution où les femmes ont été recrutées, ces différents points nous questionnent.

Dans cette étude, les auteurs rapportent que les modalités d'accouchements déterminent significativement la présence de dyspareunies lors du 1^{er} rapport sexuel mais également leur persistance pendant les 6 mois qui suivent. Elles se répartissent de la façon suivante : 3.4%, 10%, et 14% respectivement pour les groupes « AVB_{sp} », « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} ». Il est possible de compléter ce résultat à un autre trouvé par les auteurs. En effet, il nous semble important de soulever, que malgré la présence de dyspareunies, 92% des femmes rapportent du plaisir sexuel sans différence significative entre les groupes.

Les auteurs concluent en ouvrant sur la question de la césarienne à la demande comme facteur protecteur des troubles sexuels dans le post-partum. Sans pour autant l'encourager, ils suggèrent que ce point devrait être abordé dans

le choix du mode d'accouchement. Ceci est pour nous une réelle controverse éthique, que nous traiterons plus en détail dans la discussion de ce travail.

Cette étude est la première de notre revue de la littérature à se soucier des nouveaux pères dans leur questionnaire. Même si ce point n'est pas retranscrit dans les résultats, il est pour nous essentiel car la sexualité des couples est, comme nous le démontrons dans notre cadre de référence, dépendante de l'équilibre des deux partenaires. L'étude suivante, dernière étude publiée dans notre domaine, s'attache à l'impact des traumatismes périnéaux spontanés, traumatiques ou dus aux modalités d'accouchement et ce, aussi bien sur le vécu de la sexualité des femmes que de celle de leur mari. Elle apporte donc les éléments manquants au reste de notre revue de la littérature.

4.2.5. Analyse de l'étude de Safarinejad et al.

- **Analyse de la qualité méthodologique** : l'étude de Safarinejad et al. est l'une des plus récentes (2009) publiée sur notre sujet. Son objectif est d'évaluer la relation entre les modalités d'accouchement et les troubles sexuels qui en découlent en lien avec l'altération de la qualité de vie et ce, chez les 2 membres du couple (femme et homme). Elle a pour origine le questionnement de ces auteurs autour de l'impact qu'ils jugent important des troubles sexuels sur l'estime de soi, la qualité de vie, les problèmes de couple, la littérature étant pour eux trop pauvre à ce sujet.

Un point particulièrement positif à nos yeux dans cette étude est l'application des auteurs à prendre en compte les différents paramètres entrant en jeu dans la sexualité. En effet, ils incluent le partenaire et considère la sexualité, à l'image de l'OMS (WHO., 2011), comme partie intégrante de la santé générale tout comme nous l'explicitons dans notre cadre de référence.

La méthode de l'étude est bien expliquée et précise. Les couples ont été interviewés séparément mais par le même interlocuteur, ce que nous trouvons judicieux et qui permet d'éviter un biais dans la récolte des données. Par la suite, les femmes ont rempli le FSFI, le SF-36 et l'échelle de Kim and Paick à 24 SA puis chaque mois post-partum. Elles ont également tenu un journal de bord relatant les événements sexuels avec leur conjoint et ce, en prénatal et en post-partum. Les valeurs de référence ont été déterminées par le nombre d'événements sexuels par semaine survenus durant les 2 mois avant la grossesse. Dans l'ensemble, les femmes recrutées n'ont pas augmenté ce nombre pendant cette dernière. Le protocole a été le même concernant le IIEF, le SF-36 et l'échelle Kim and Paick pour les hommes. La méthode de recherche est certe contraignante pour les patientes mais a pour avantage d'être complète et précise.

Afin de permettre une analyse correcte des résultats, les auteurs ont défini, après interrogation des couples, une référence dans la fréquence des rapports

sexuels pour chacun d'entre eux. Celle-ci a été établie au cours des 2 mois précédents la grossesse. Bien que les auteurs notent le fait qu'aucun couple n'ait augmenté la fréquence de leurs rapports sexuels pour favoriser une grossesse, nous nous interrogeons tout de même sur la véracité de cette information. De plus, cette notion a été récoltée en cours de grossesse donc rétrospectivement, ce qui peut être un biais. Malgré cela, nous n'avons retrouvé cette initiative dans aucune autre étude et elle nous semble particulièrement intéressante. Elle prouve que les auteurs ont fait au mieux pour considérer la sexualité dans son ensemble.

Les patientes ont été réparties en groupes. Ceux-ci sont clairement expliqués et nommés, se référer à l'annexe X pour plus de détail. Les différences entre les groupes en termes démographiques, caractéristiques cliniques et nombre de patientes ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,1$) ce qui les rend comparables entre eux.

Le groupe de référence choisi par les auteurs est celui des césariennes électives ce que nous critiquons. En effet, il nous semble délicat de comparer la sexualité de femmes ayant accouché par césarienne avec celles de femme ayant accouché par voie basse considérant, comme nous l'avons exposé dans notre cadre de référence, les modifications physiologiques du plancher périnéal entraînées par la descente de la présentation dans les voies génitales maternelles même sans complications comparées à un accouchement par césarienne. Nous pouvons cependant utiliser les résultats pour répondre à notre question de recherche initiale en comparant les groupes entre eux, en prenant garde au fait que les OR sont biaisés de par le fait qu'ils sont calculés en fonction du groupe des césariennes électives.

Bien que les résultats soient clairement exposés dans le texte, les tableaux s'y rapportant sont conséquents et difficiles à lire. Cependant ce point est contrebalancé par la description des résultats en fonction des différents items étudiés dans les différents questionnaires et ce, pour les femmes comme pour les hommes, ce qui facilite l'analyse pour le lecteur.

Dans leur discussion les auteurs listent clairement les points positifs de leur étude, avec lesquels nous sommes en accord et qui se retrouvent dans les paragraphes ci-dessus. Cependant, les critiques et remises en question méthodologiques ne sont pas explicitement exposées, ce qu'il est possible de reprocher aux auteurs.

De plus, et malgré le fait que cette étude soit particulièrement complète, nous n'avons pas connaissance des conseils reçus par les femmes à la sortie de la maternité concernant la reprise des rapports sexuels.

Enfin, cette étude a été réalisée en Iran ce qui peut être source de biais. En effet, les pratiques sexuelles diffèrent selon le pays, la culture, la religion, etc. Un autre point à relever en rapport à la culture, bien qu'extérieur à notre problématique, est le discours des auteurs concernant l'augmentation du taux de césariennes électives. En effet, ceux-ci notent que cette augmentation serait majoritairement due aux césariennes de convenance qui seraient de plus en plus nombreuses ce que confirment d'autres études (Ahmad-Nia et al., 2009;

Garmaroudi, 2003; Yazdizadeh et al., 2011). Le taux de césariennes en Iran s'élève à 26.8% chez les primipares et 25.5% chez les multipares (Garmaroudi, 2003). Les taux sont compris entre 14.6% et 39.2% en hôpital public et entre 78.5% et 87.4% en clinique privée (Garmaroudi, 2003). Ceci appuie notre questionnement en lien avec la culture. En effet, en Suisse, 11% des femmes ayant accouché par césarienne (soit 29.2% en 2004 (Schwab & Zwimpfer, 2007)) déclarent l'avoir désirée pour convenance personnelle. En hôpital privé en Suisse, le pourcentage de naissance par césarienne peut atteindre 50% ce qui, bien qu'élevé, n'est pas comparable avec les taux iraniens.

- **Analyse de l'échantillon :** sur les 1248 couples initialement recrutés, 912 (73%) ont été sélectionnés et 836 (67%) ont suivi le protocole jusqu'au bout ce qui est nettement supérieur à d'autres études (Buhling, et al., 2006). Ce taux est conséquent au vu de l'implication requise des patients pour participer entièrement à cette étude ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion qui sont nombreux et stricts²⁶. Cela nous semble à la fois positif et négatif. Au final, l'échantillon reste important et les comparaisons entre les différents groupes sont possibles. Cependant, elles ne s'appliquent qu'à une population en parfaite santé ce qui n'est pas complètement représentatif de la population et des difficultés de santé générale et/ou sexuelle qu'elle peut rencontrer.

Les auteurs justifient parfaitement ce choix en expliquant que l'objectif est de se focaliser sur l'impact des troubles sexuels sur la qualité de vie. Ils ont donc décidé de limiter au maximum tous les biais pouvant influencer les résultats. Si certains nous paraissent totalement justifiés (maladies chroniques, tout critère pouvant influencer sur la fonction sexuelle...), d'autres nous posent question tels que l'obésité.

- **Analyse des outils utilisés par les auteurs :** tous les questionnaires utilisés lors de la récolte des données sont reconnus et validés (Annexe II et III) ce qui confère à l'évaluation de la vie sexuelle par les auteurs une rigueur appréciable. Ils abordent tous la sexualité sous un angle complet, et correspondant au concept de santé sexuelle.

- **Analyse de l'éthique :** cette étude a été validée par le Comité d'Ethique Humaine (The Human Ethics Committee) et tous les couples inclus ont signé un consentement éclairé selon la déclaration d'Helsinki. Ils ont été recrutés lors d'une visite chez l'obstétricien ce qui est un point positif, les participants ayant pu se faire expliquer le contenu, les buts et la méthode de l'étude de vive voix. Nous ne trouvons rien à redire en ce qui concerne l'éthique de cette étude qui nous semble juste et appropriée.

²⁶ Se référer au tableau descriptif des études en p. 50.

Tous les critères du FSFI (Annexe II) (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction, dyspareunie) sont impactés significativement par les modalités d'accouchement. Bien que les troubles sexuels diminuent au cours de la première année, ils restent significatifs et ce, dans tous les groupes étudiés.

Les auteurs constatent que la sexualité des hommes est également influencée par les modalités d'accouchement de leur femme. En effet, la sexualité dans un couple dépend des deux partenaires et nous n'avons pas trouvé d'autres études incluant les hommes de manière aussi importante. Les auteurs démontrent ici que les hommes dont les femmes ont subi un accouchement traumatique sont plus à risque de développer des troubles de la fonction sexuelle que ceux dont les femmes ont subi une déchirure ou une épisiotomie ainsi que celles ayant accouché sans complication ni déchirure (respectivement 55% ($p=0.001$), 68% ($p=0.001$) et 70% ($p=0.02$)) d'hommes satisfaits par leur sexualité à 1 an post-partum. Il en va de même pour tous les autres items de l'IIEF (Annexe III). Nous trouvons ces résultats intéressants et complets. Ils constituent un point positif et fondamental de l'étude. Ils nous permettent d'étendre le champ de notre discussion. En effet, le partenaire est, à nos yeux, indissociable à la sexualité de couple.

Les résultats concernant la qualité de vie évaluée par le SF-36 sont à souligner. La qualité de vie à 3 mois post-partum a diminué dans tous les groupes de façon significative ($p=0.001$).

Cependant, tous les couples en fonction des différents groupes ne sont pas touchés de la même façon : la qualité de vie de chacun d'entre eux varie selon le même schéma que les paramètres de IIEF et du FSFI. Nous pouvons nous demander si la diminution de la qualité de vie est réellement due à des troubles sexuels ou aux perturbations inhérentes à la parentalité. Cependant, nous pensons qu'il est un facteur enrichissant de l'étude.

Le détail des résultats de l'ensemble des études ainsi que leurs comparaisons entre eux se trouvent dans la revue de la littérature ci-après.

4.3. Revue de la littérature

4.3.1. Reprise des rapports sexuels :

- **Reprise moyenne des rapports sexuels :** Toutes nos études s'accordent sur la date moyenne de reprise des rapports sexuels, (Buhling, et al., 2006; Radestad, et al., 2008; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001), exception faite de celle de van Brummen et al. qui ne s'y attarde pas et signifie simplement que son taux de reprise moyen correspond à celui des autres trouvés dans la littérature.

En moyenne les couples reprennent les rapports sexuels entre 2 et 4 mois post-partum (Buhling, et al., 2006; Radestad, et al., 2008; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001)

Pour Buhling et al. 47% des participantes reprennent la sexualité avant 8 semaines. Cette donnée se retrouve dans d'autres études (Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001)

- **Reprise des rapports sexuels à 3 mois post-partum :** Dans l'étude de Signorello et al., les auteurs concluent que les femmes qui ont un périnée intact sont plus nombreuses à reprendre la sexualité dans les 2 mois qui suivent l'accouchement - elles attendent en moyenne 1.2 semaines de moins - que celles qui ont une déchirure du 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} degré ou une épisiotomie (50% des femmes avec un périnée intact contre 35% en moyenne pour les femmes avec une déchirure).

Ce résultat concorde avec celui de Safarinejad et al., qui le complète avec le fait que ce sont les femmes qui ont subi un accouchement instrumenté ont le plus faible taux de reprise de la sexualité à 8 semaines post-partum (32.7% contre 42.6% pour les femmes avec un accouchement spontané). En accord avec les deux auteurs cités précédemment, Radestad et al., trouvent qu'à 3 mois post-partum, les femmes avec des déchirures du vagin (RR=1.5 ; 95% CI 1.2-1.8), du périnée (RR=1.4 ; 95% CI 1.1-1.6), du sphincter anal et/ou du rectum (RR=2.1 ; 95% CI 1.4-2.1) ont plus de risque de ne pas avoir repris les rapports sexuels, en accord avec les deux auteurs cités précédemment (Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001). Cependant, à ce stade, pour Radestad et al., l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque statistiquement significatif (RR=1.2 ; 95%CI 0.9-1.6), contrairement à Signorello et al.

- **Reprise des rapports sexuels à 6 mois post-partum :** En ce qui concerne la reprise des rapports sexuels, certaines études ne traitent que de la reprise moyenne (Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009; van Brummen, et al., 2006) alors que d'autres vont plus loin dans leur démarche.

Signorello et al. ont un taux de reprise de la sexualité à 6 mois post-partum de 94.8% pour les femmes avec un périnée intact ou déchirure du 1^{er} degré, 89.2% pour les femmes du groupe avec une déchirure du 2^{ème} degré ou une épisiotomie simple, et de 92.5% pour les femmes qui ont eu une déchirure sévère ou une épisiotomie compliquée ce qui est comparable à d'autres (van Brummen, et al., 2006) et notamment à ceux de Radestad et al.

Ces derniers ont un taux d'abstinence moyen de 8% à 6 mois post-partum. Pour ces auteurs, les résultats à 3 mois post-partum sont identiques que ceux à 6 mois. Ils concluent donc que les déchirures du vagin, du périnée, du sphincter et de la muqueuse anale/rectum sont associées à une reprise des rapports sexuels différée au cours des 6 premiers mois post-partum dans l'échantillon de population étudié.

- **Reprise des rapports sexuels à 12 mois post-partum :** En ce qui concerne la reprise des rapports sexuels au sens strict du terme à 12 mois post-partum, les différentes études qui vont jusqu'à cette date s'accordent :

- pour Radestad et al., les déchirures et épisiotomie ne sont plus significatives à ce terme là.
- pour van Brummen et al., aucun de leur résultat n'est significatif en terme de reprise des rapport sexuels (ni le degré de déchirure, ni le mode d'accouchement un an après la naissance).

4.3.2. Vécu de la sexualité.

- **Vécu du premier rapport sexuel :** 3 des études sélectionnées s'intéressent au vécu du premier rapport sexuel (Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001). Leurs auteurs s'accordent à dire que la majorité des femmes rapportent des dyspareunies lors de ce premier rapport. Les chiffres varient de 49% des femmes pour Buhling et al. à 66.4% pour Safarinejad et al. tous groupes et toutes intensités de douleurs confondues.

Les femmes avec un périnée intact rapportent plus de douleurs décrites comme « moyennes » alors que les femmes sujettes à une déchirure, une épisiotomie ou un accouchement instrumenté témoignent de douleurs plus sévères (Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001). Safarinejad et al. complètent ces données en précisant que les femmes ayant accouché à l'aide de forceps sont plus algiques que celles ayant donné naissance par ventouse et ce, de manière significative.

En conclusion, tous ces auteurs s'accordent à dire que le degré de traumatisme périnéal et les modalités d'accouchement impactent le vécu du premier rapport sexuel (Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001).

- **Vécu de la sexualité à 3 mois post-partum :** à ce stade, Signorello et al. constatent que 41% des femmes souffrent de dyspareunies. La probabilité de souffrir de dyspareunies, et cela de manière récurrente, est en relation avec le degré de lésion périnéale et augmente avec celui-ci (respectivement 33%, 48% et 61% pour les groupes périnée intact/déchirure du 1^{er} degré, déchirure du second degré/épisiotomie simple et déchirure sévère/épisiotomie compliquée). Ces résultats vont dans le sens de ceux présentés par Buhling et al. Ces auteurs ne divergent que sur un point : l'impact de l'accouchement instrumenté. En effet, pour Buhling et al., les patientes du groupe « AVB_{instru} » sont celles qui rapportent le plus de dyspareunies sévères en regard des autres groupes et ce de manière significative (10% contre respectivement 5.2% et 7.6% pour les groupe « AVB_{sp} » et « AVB_{sut} ») alors que l'instrumentation à 3 mois post-partum n'est pas significative pour Signorello et al.

Buhling et al. précisent que 92% des répondantes rapportent avoir du plaisir à 3 mois post-partum, sans différence significative au sein des groupes.

L'étude de Safarinejad et al. aborde le vécu sous un angle différent. Les auteurs ont choisi d'apparenter le vécu à la fréquence des rapports sexuels puis de classer les différents troubles selon le FSFI et l'IIEF, respectivement pour les hommes et les femmes. A 3 mois post-partum, ils constatent des différences significatives entre le nombre de rapports sexuels par semaine selon les différents groupes. Le groupe « AVB_{instru} » est celui qui en compte le moins, suivi par le groupe « AVB_{sut} » puis du groupe « AVB_{sp} » pour lequel la fréquence des rapports sexuels est la plus élevée.

A 3 mois post-partum, le groupe « AVB_{sp} » connaît la plus petite diminution du désir sexuel par rapport au niveau de base établi (46.7% des femmes sont touchées) comparé au groupe « AVB_{instru} » qui connaît la plus forte (67.9% des patientes touchées ; $p=0.001$). Le groupe « AVB_{sut} » est également touché (55.1% des femmes sont touchées, $p=0.01$).

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de la satisfaction ainsi que le degré de dyspareunie, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les femmes appartenant au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchées contrairement aux femmes du groupe « AVB_{instru} » qui le sont le plus.

Selon Safarinejad et al., à 3 mois post-partum, 30.4% des hommes rapportent des troubles de la fonction érectile. Les hommes dont les femmes ont subi un accouchement instrumenté sont les plus touchés (43%) contrairement à ceux dont les femmes ont accouché spontanément (28.6%). Les hommes dont les femmes ont été sujettes à une déchirure ou épisiotomie sont également touchés (37.1%).

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, du désir, de la satisfaction générale et pendant les rapports sexuels chez les hommes, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchés par ces différents troubles contrairement aux hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus.

Les auteurs de cette étude concluent que les couples les plus satisfaits par leur vie sexuelle sont, par ordre décroissant : « AVB_{sp} », « AVB_{sut} » puis « AVB_{instru} » et suggèrent, à la suite de ces résultats, que l'accouchement par voie basse est souvent corrélé à une incidence de troubles sexuels chez les femmes et leur mari à 3 mois post-partum, et ce, de manière significative.

Ces résultats correspondent à ceux de Buhling et al. et Signorello et al., malgré les différences méthodologiques.

- **Vécu de la sexualité à 6 mois post-partum :** à 6 mois post-partum, Buhling et al. constatent qu'environ 10% des femmes souffrent encore de dyspareunies, tous groupes confondus. Signorello et al. trouvent 22%, ce qu'ils reconnaissent comme haut par rapport à leur propre revue de la littérature à ce terme. Cependant, ces deux auteurs s'accordent à dire que ce sont les femmes qui ont eu une déchirure, une épisiotomie ou un accouchement instrumenté qui sont les plus sujettes à ce type de douleurs en fréquence comme en intensité, en comparaison des femmes ayant eu un périnée intact. En effet, à 6 mois post-partum, Signorello et al. constatent que les femmes seraient 2.5 fois plus sujettes aux dyspareunies après un accouchement instrumenté sans différence entre des forceps ou une ventouse et ce, de manière significative contrairement à 3 mois post-partum. Buhling et al. obtiennent la répartition suivante des dyspareunies à 6 mois post-partum : 3.5% chez les femmes du groupe « AVB_{sp} », 11% chez les femmes du groupe « AVB_{sut} » et 14% chez celles du groupe « AVB_{instru} ». Bien que la proportion globale de femmes souffrant de dyspareunies soit inférieure à celle de Signorello et al., les distributions au sein de chacun des différents groupes sont comparables : les femmes ayant subi une instrumentation rapportent la plus haute fréquence de dyspareunies. Pour Safarinejad et al., la persistance des dyspareunies est bien plus élevée et se répartit de la façon suivante : 18.6% des femmes dans le groupe « AVB_{sp} », 26.3% pour les femmes du groupe « AVB_{sut} » et 41.2% pour celles du groupe « AVB_{instru} ».

En ce qui concerne l'insatisfaction sexuelle, Signorello et al. rapportent qu'un quart des femmes ont un déficit dans leurs sensations, satisfaction et capacité à atteindre l'orgasme. Les femmes dont le périnée est intact ont les meilleures issues.

Pour Safarinejad et al., les différences significatives à 3 mois post-partum le sont toujours à 6 mois post-partum en ce qui concerne le nombre de rapports sexuels par semaine. Elles se répartissent de la même façon.

Les pourcentages de femmes présentant des troubles du désir sexuel ont diminué dans tous les groupes de manière significative. Le pourcentage de femmes atteintes de troubles du désir à 6 mois post-partum est de 24.3% dans le groupe « AVB_{sp} », 29.6% dans le groupe « AVB_{sut} » et de 35.2% dans le groupe « AVB_{instru} ».

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de la satisfaction ainsi que le degré de dyspareunie, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent les mêmes schémas que le désir sexuel à savoir que les femmes appartenant au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchées contrairement aux femmes du groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus.

Selon Safarinejad et al., à 6 mois post-partum, le pourcentage d'hommes souffrant de trouble de la fonction érectile a diminué dans tous les groupes de façon significative. Les hommes dont les femmes ont subi un accouchement instrumenté sont les plus touchés (26.7%) contrairement à ceux dont les femmes

ont accouché spontanément (15.5%). Les hommes dont les femmes ont été sujettes à une déchirure ou épisiotomie sont également touchés (22.2%).

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, du désir, de la satisfaction générale et pendant les rapports sexuels chez les hommes, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchés par ces différents troubles contrairement aux hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus.

A 6 mois post-partum, les auteurs de cette étude tirent les mêmes conclusions qu'à 3 mois post-partum, à savoir que les couples les plus satisfaits par leur vie sexuelle sont, par ordre décroissant : « AVB_{sp} », « AVB_{sut} » puis « AVB_{instru} ». Ils suggèrent, à la suite de ces résultats, que l'accouchement par voie basse est toujours corrélé à une incidence de troubles sexuels chez les femmes et leur mari à 6 mois post-partum, et ce, de manière significative, tout comme Buhling et al. et Signorello et al.

- **Vécu de la sexualité à 1 an post-partum :** Buhling et al. et Signorello et al. ne poursuivent pas leur recherche après 6 mois post-partum. Safarinejad et al. quant-à eux, la continue jusqu'à ce terme. Van Brummen et al. ne se concentrent que sur le vécu des femmes à 1 an post-partum au niveau de leur résultats. Ils notent que seul un haut degré de déchirure (3^{ème} ou 4^{ème} degré) augmenterait significativement de 5 fois le risque de ne pas être sexuellement satisfaite à 1 an post-partum (OR=0.2 ; 95% CI 0.04-0.93). Dans cette étude, la satisfaction sexuelle des femmes n'est plus impactée par les modalités d'accouchement ni par des déchirures du 1^{er} ou du 2^{ème} degré à 1 an post-partum ce avec quoi Safarinejad et al. sont en désaccord.

Pour Safarinejad et al., les résultats significatifs à 3 et 6 mois post-partum le sont toujours à 1 an. Les auteurs constatent cependant une augmentation du nombre de rapports sexuels par semaine dans tous les groupes au cours de la première année post-partum. Le groupe « AVB_{instru} » est celui qui compte le moins de rapports sexuels par semaine. Il passe de 1.1 à 3 mois post-partum, à 2.2 à 12 mois post-partum. Le groupe « AVB_{sp} » est celui dans lequel les couples ont le plus de rapports par semaine : il passe de environ 1.8 à 2.3 rapports sexuels par semaine entre 3 et 12 mois post-partum. Le groupe « AVB_{sut} » passe lui de 1.6 à 2.1 rapports sexuels par semaine.

Les pourcentages de femmes présentant des troubles du désir sexuel ont diminué dans tous les groupes de manière significative au cours de la première année. Le pourcentage de femmes atteintes de troubles du désir dans le groupe « AVB_{sp} » passe de 46.7% à 3 mois post-partum à 16% à 12 mois post-partum. Celui du groupe « AVB_{sut} » passe de 55.1% à 3 mois post-partum à 18.6% à 1 an post-partum. Enfin, le pourcentage de femmes atteintes de troubles du désir dans le groupe « AVB_{instru} » passe de 67.9% à 3 mois post-partum à 23% à 12 mois post-partum.

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de la satisfaction ainsi que le degré de dyspareunie, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent les mêmes schémas que le désir sexuel à savoir que les femmes appartenant au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchées par ces différents troubles contrairement aux femmes du groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus. Quels que soient les troubles, ils vont en diminuant au fil de la première année suivant la naissance.

Selon Safarinejad et al., à 12 mois post-partum, le pourcentage d'hommes souffrant de trouble de la fonction érectile a continué de diminuer dans tous les groupes de façon significative. Les hommes dont les femmes ont subi un accouchement instrumenté restent les plus touchés : ils passent de 43% à 3 mois post-partum à 17% à 1 an post-partum. Ceux dont les femmes ont accouché par voie basse avec un périnée intact passe de 28.6% à 3 mois post-partum à 6.5% à 12 mois post-partum. Enfin, ceux dont les femmes a subi un accouchement avec une lésion périnéale nécessitant une suture passent de 37.7% à 3 mois post-partum à 11.4% à 1 an post-partum.

En ce qui concerne les troubles de l'orgasme, du désir, de la satisfaction générale et pendant les rapports sexuels chez les hommes, les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{sp} » sont les moins touchés par ces différents troubles contrairement aux hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus. Quel que soit le groupe, les troubles vont en diminuant au fil de la première année suivant la naissance.

A 12 mois post-partum, les auteurs de cette étude tirent les mêmes conclusions qu'à 3 et 6 mois post-partum, à savoir que les couples les plus satisfaits par leur vie sexuelle sont, par ordre décroissant : « AVB_{sp} », « AVB_{sut} » puis « AVB_{instru} ». En effet, les couples dont la femme a accouché avec une instrumentation rapportent une satisfaction sexuelle générale à 12 mois post-partum de 62% et 55% respectivement pour les femmes et les hommes alors que les couples appartenant aux autres groupes sont en moyenne 70% et plus à déclarer être satisfaits de leur sexualité.

Les auteurs suggèrent donc, à la suite de ces résultats, que l'accouchement par voie basse est toujours corrélé à une incidence de troubles sexuels chez les femmes et leur mari à 12 mois post-partum, et ce, de manière significative.

4.3.3. Résultats supplémentaires.

- **Age** : 4 des 5 études s'accordent pour dire qu'un âge maternel supérieur à 35 ans est un facteur de risque de reprise retardée des rapports sexuels que ce soit à 3, 6 ou 12 mois post-partum (Buhling, et al., 2006; Radestad, et al., 2008; Signorello, et al., 2001; van Brummen, et al., 2006). Certains auteurs n'y trouvent

pas d'explication (Radestad, et al., 2008; Signorello, et al., 2001). D'autres supposent que le mode de vie, la carrière professionnelle ou un processus de cicatrisation plus long peuvent entrer en jeu (van Brummen, et al., 2006). Enfin, certains auteurs émettent l'hypothèse que les femmes d'âge plus avancé répondent avec plus d'application aux questionnaires (Buhling, et al., 2006).

- **Allaitement** : différentes études mentionnent l'allaitement comme facteur influençant la sexualité dans l'année suivant la naissance d'un enfant.

Pour Radestad et al., les femmes allaitant au minimum 2 mois ont plus de risques de ne pas avoir repris les rapports à 3 mois post-partum de manière significative. Ils affirment que cela est dû à des causes hormonales et cela n'est plus significatif à 6 et 12 mois.

Signorello et al. relèvent que les femmes qui allaitent ont un risque augmenté de 4 fois de souffrir de dyspareunies de façon significative à 6 mois post-partum (OR=4.4 ; IC 95% 5.1-16.4). Ils soulignent cependant le fait qu'aucune donnée précise n'a été récoltée concernant l'allaitement dans leur population (fréquence, durée...) ce qui les rend incapables de déterminer l'impact réel de celui-ci sur les dyspareunies. Ils évoquent tout de même des causes hormonales en justification à ce résultat (diminution de la lubrification vaginale...).

Deux études ne mentionnent pas l'allaitement : la population de la première n'allait pas (van Brummen, et al., 2006) et la seconde ne le spécifie pas (Buhling, et al., 2006) et une ne trouve pas de résultat significatif le concernant (Safarinejad, et al., 2009).

- **Histoire de la sexualité antérieure à l'accouchement** : Radestad et al. et Buhling et al. n'abordent pas ce sujet dans leurs études.

Safarinejad et al. excluent les femmes et hommes ayant rencontré des troubles sexuels auparavant car ils considèrent cela comme un biais méthodologique.

Signorello et al. notent que les antécédents de dyspareunies avant l'accouchement impactent de manière significative celles ressenties jusqu'à 6 mois post-partum (OR=2.4 ; IC 95% 1.4-4.1). Enfin, pour Van Brummen et al., un des résultat les plus probants de leur étude est le lien entre l'absence de rapports sexuels (OR=11.02 ; IC95% 4.01-30.4) ou de satisfaction ($p=0.004$) dès 12 semaines de gestation et la non reprise de ceux-ci à 1 an post-partum.

- **Césarienne** : les différentes études ne s'accordent pas sur le point de vue de la césarienne.

Radestad et al. ne l'aborde pas.

Signorello et al. quant à eux, expliquent qu'ils n'ont pas réalisé leur étude dans le but de savoir si la césarienne donnait de meilleures issues sur la sexualité post-partum qu'un accouchement par voie-basse, pour eux cela n'est pas comparable.

van Brummen et al. n'aborde pas la césarienne dans le détail de leurs résultats écrits, mais il est possible de la retrouver sous une autre forme, notamment dans les tableaux. Dans cette étude, 94.8% des femmes ayant subi une césarienne ont repris les rapports sexuels à 12 mois post-partum, contre 94.5% des femmes qui ont eu un accouchement par voie-basse spontané sans traumatismes périnéaux, ce qui est pour ainsi dire identique. Aucune donnée n'est retrouvée en ce qui concerne le vécu. De plus aucun point de vue n'est exprimé dans la discussion en ce qui concerne ce sujet.

Les deux seules études qui incluent des groupes « César » dans le but d'obtenir une comparaison avec les autres groupes sont Buhling et al. et Safarinejad et al.

Buhling et al., trouvent que les femmes ayant eu une césarienne sont celles qui ont le moins de douleurs lors du 1^{er} rapport sexuel, mais la persistance à 6 mois s'équivaut entre celle des groupes « César » et « AVBsp », soit 3.5% et 3.4% respectivement. Dans leur discussion, leur point de vue est clairement exposé : pour eux, le haut taux de dyspareunies doit être une raison d'aborder le choix du mode d'accouchement – soit de césarienne électorale – auprès des patientes en anténatal, et cela au même titre que l'incontinence ; le problème est sous estimé.

Pour Safarinejad et al., le groupe « César_{elect} », et cela à 3, 6 et 12 mois post-partum, est toujours celui qui rapporte le moins de troubles sexuels, et la plus grande satisfaction selon tous les critères du FSFI et/ou de l'IIEF. Les auteurs en concluent qu'une césarienne électorale est un facteur protecteur des troubles de la sexualité et cela jusqu'à 1 an après la naissance, et considère que la prise en charge des patientes devraient être revue en fonction de ces résultats.

5. DISCUSSION

5.1. Mise en lien des résultats de la revue de la littérature avec la problématique

D'un point de vue général, même si les différents auteurs ne s'accordent pas toujours sur l'impact des différents types de traumatismes périnéaux sur la sexualité, ils s'entendent sur le fait qu'ils ont certaines conséquences sur la vie sexuelle des couples et ce, à différents degrés. Ces données vont dans le sens de notre hypothèse initiale, à savoir que la sexualité est impactée par les lésions périnéales dans la première année qui suit l'accouchement et répondent globalement à notre question de recherche.

En outre, les études nous apportent des résultats qui dépassent nos interrogations et témoignent davantage du vécu des femmes.

Nous discuterons dans un premier temps des résultats des études en lien direct avec notre questionnement avant de les compléter avec des éléments non-abordés dans la problématique qui permettent d'avoir une vision plus globale du sujet.

En ce qui concerne la reprise des rapports sexuels, tous les auteurs s'accordent à dire que les couples reprennent en moyenne entre 2 et 4 mois post-partum ce qui correspond aux recommandations lues dans le J. Lansac, 2006, *Pratique de l'accouchement*. Suite à nos différents stages, nous avons pu constater qu'un délai de 6 semaines est souvent conseillé par les sages-femmes/obstétriciens. A l'heure actuelle, nous nous demandons à quel point la reprise des rapports sexuels est influencée par les indications des professionnels.

La reprise se fait à différents rythmes en fonction de la gravité du traumatisme périnéal (déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré) et des modalités d'accouchement (instrumenté ou non). En effet, les couples dont les femmes ont été sujettes à ces complications reprennent les rapports plus tardivement et avec plus de difficultés. Si l'on considère les traumatismes physiques et psychologiques qu'elles représentent, cela nous semble justifié.

Enfin, un haut taux de dyspareunies est rapporté lors du premier rapport sexuel ce qui rend son vécu difficile et peut influencer négativement la suite de la sexualité. Il est important d'en mesurer les conséquences. En effet, comme nous l'avons mentionné dans le cadre de référence :

[...] il ne faut pas négliger les cas où, la cause matérielle de la douleur ayant disparu, l'image mentale de cette douleur persiste dans le cerveau : elle est alors réactivée à chaque fois qu'est renouvelé le comportement qui auparavant la provoquait (Ferroul, 2012).

Ce point souligne la nécessité d'un travail en amont que nous discuterons dans le retour dans la pratique.

A 3 mois post-partum, les auteurs s'entendent sur le fait que les traumatismes périnéaux, toutes étiologies confondues, influent sur le vécu des

rapports sexuels. Bien que ce résultat semble adéquat à ce terme, nous pouvons nous demander à quel point il peut être biaisé par d'autres facteurs ayant trait à la nouvelle parentalité des couples (fatigue, allaitement, ...).

Les avis des différents auteurs divergent à partir de 6 mois post-partum. En effet, bien qu'ils continuent à imputer les troubles sexuels aux traumatismes périnéaux (Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009; Signorello, et al., 2001; van Brummen, et al., 2006), ils le font dans des mesures différentes. Tous sont d'accord sur le fait que les instrumentations ont une influence négative sur le vécu de la sexualité et ce, jusqu'à 12 mois post-partum. Cet ensemble de résultats est pour nous capital, car il répond à notre question de recherche et justifie nos interrogations initiales ainsi que notre motivation à proposer des adaptations dans la prise en charge des patientes.

Les auteurs apportent des résultats complémentaires tels que l'impact de l'âge maternel et de l'allaitement sur la reprise et le vécu de la sexualité dans le couple. En effet, ceux-ci auraient un effet négatif à long terme sur leur vie sexuelle. Bien qu'extérieurs à notre question de recherche, il nous semble important de les mentionner.

La question de l'âge maternel n'est pas résolue par les auteurs malgré le fait qu'elle reste d'actualité, les femmes enfantant de plus en plus tardivement.

Des causes hormonales à l'origine d'une sécheresse vaginale sont invoquées pour l'allaitement. Celle-ci peut être traitée par des moyens simples que nous proposerons dans le retour dans la pratique.

D'autres résultats soulevés par les auteurs attirent grandement notre attention et nous semblent importants à relever.

Le premier est l'influence de l'histoire de la sexualité antérieure à l'accouchement sur la reprise et le vécu de la sexualité dans le post-partum. Van Brummen et al. insistent notamment sur la corrélation entre l'absence de sexualité après 12 semaines de grossesse et sa non reprise à 1 an post-accouchement. Signorello et al. soulignent l'influence des antécédents de dyspareunies avant l'accouchement (avant et pendant la grossesse) sur celles présentes et persistantes en post-natal. Ces facteurs de risques auxquels nous n'avions pas pensé nous ouvrent des pistes de réflexions quant à la prise en charge de la sexualité des couples y compris en prénatal.

Le second point est plus polémique et concerne la césarienne. L'impact d'un accouchement par voie basse sur le périnée est indéniablement différent de celui d'une naissance par césarienne d'où notre choix initial de ne pas l'inclure dans notre problématique. Cependant, nous l'avons plusieurs fois retrouvé comme facteur protecteur de la sexualité des couples au fil de nos lectures ce qui, d'un point de vue éthique, nous questionne (Barrett, et al., 2000; Buhling, et al., 2006; Safarinejad, et al., 2009). En effet une césarienne n'est pas dénuée de conséquences et nous pensons qu'il est réducteur voire mensonger de la proposer aux couples uniquement en tant que « protectrice du périnée et de la

sexualité » sans exposer ses complications potentielles, d'autant que, comme décrit dans notre cadre de référence, la grossesse elle-même a un réel impact sur le périnée. Ce point sera développé plus en profondeur dans la partie suivante.

La littérature scientifique répond à notre question de recherche, l'enrichit et la complexifie. En tant que futures sages-femmes, nous ne sommes pas en mesure d'apporter des solutions dans toutes les situations mais nous tenterons dans la partie ci-après d'ouvrir des pistes de réflexions quant à une remise en question des pratiques.

5.2. Retour dans la pratique, perspectives professionnelles et élargissement des connaissances.

Les différents résultats de notre revue de la littérature nous interrogent et nous amènent à réfléchir sur les pratiques observées au sein de nos stages. Suite à nos lectures et recherches, il s'avère que certaines pourraient être modifiées afin d'améliorer la prise en charge des couples dans leur vie sexuelle. Notre travail s'intéresse au corps dans la sexualité. Cependant, comme nous l'avons décrit dans notre cadre de référence, elle est complexe et comprend de nombreux aspects allant au delà du somatique.

Dans ce retour dans la pratique, nous allons faire des propositions qui s'attacheront à préserver la santé sexuelle des couples selon la définition de l'OMS que nous tenons à rappeler :

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST (OMS, 1955, cité par El Feki, 2007, p. 17).

La santé sexuelle fait partie, avec l'unité fondamentale corps-cerveau, des deux concepts primordiaux de l'approche sexocorporelle de Jean-Yves Desjardins que nous avons choisie comme modèle théorique de sexualité dans notre travail. En effet, cette approche s'intéresse aussi bien à l'aspect corporel que psychique ce qui tend vers la vision holistique que nous cherchons à adopter dans notre pratique sage-femme.

Comme mentionné dans notre cadre de référence, certains auteurs établissent les pratiques intimes sur trois niveaux : organique, psychoaffectif et socioculturel (El Feki, 2007 ; Ferroul, 2002 ; Tordjman, 1996). Nous avons fait le choix de structurer cette partie selon ceux-ci. En effet, le premier nous permet,

grâce aux résultats de notre revue de la littérature, de répondre à notre question de recherche. Les deux suivants élargissent le champ de notre réflexion afin de proposer les modifications les plus holistiques possibles dans la pratique sage-femme.

5.2.1. Niveau organique.

Le niveau organique recouvre tout ce qui a trait au bon fonctionnement de la zone génitale, aussi bien selon des critères anatomiques, physiologiques que neurologiques (El Feki, 2007 ; Ferroul, 2002 ; Tordjman, 1996).

Comme exposé dans les résultats, il semblerait que des antécédents de dyspareunies aient un impact négatif sur la reprise et le vécu de la sexualité après la naissance (Ejegard, Ryding, & Sjogren, 2008 ; Signorello et al., 2001 ; van Brummen et al., 2006). De plus, van Brummen et al. exposent le lien entre une absence de sexualité après 12 semaines de grossesse et sa non reprise à 1 an post-partum. Ainsi, en terme de prise en charge au prénatal, nous proposons :

- Une anamnèse systématique de la santé sexuelle des femmes et de leur partenaire afin de dépister ceux à risque de troubles sexuels et d'ouvrir un espace de parole au sein duquel les couples pourraient s'exprimer sur le vécu de leur sexualité et l'importance qu'elle prend dans leur intimité.

- Dans cette anamnèse, la sexualité pendant la grossesse serait un point à soulever de façon à rassurer les couples sur son absence de risque obstétrical (hors pathologie) si nécessaire. De plus, il nous semble important de les informer des fluctuations hormonales qui influencent la libido féminine pendant la grossesse comme nous le décrivons dans la première partie de ce travail.

- Après exploration de leurs représentations et connaissances, l'information qui leur fait défaut pourrait être dispensée. Nous pensons particulièrement au risque de déchirure et d'instrumentation lors de l'accouchement par voie basse mais aussi à leur influence potentielle sur la sexualité à cours, moyen et long terme afin de favoriser le choix éclairé des couples en fonction des situations, d'adapter et de clarifier leur projet de naissance. Par exemple :

- « je désire que mon partenaire sorte en cas d'instrumentation » ;
- « dans la mesure du possible, je préférerais une ventouse à des forceps » ;
- « je souhaiterais que ma vulve soit dissimulée sous un champ afin que mon compagnon ne la voit pas » ;
- « si possible, j'aimerais accoucher dans une position connue pour diminuer le risque de déchirure périnéale ».
- ...

Ces différentes suggestions découlent des résultats de l'étude de Safarinejad et al., dans laquelle les auteurs remarquent que les deux membres

des couples dont la femme a subi une instrumentation ont plus de difficultés dans leur sexualité après l'accouchement.

Bien que cela soit de plus en plus d'actualité au sein des professions obstétricales, il nous semble nécessaire d'insister sur les données suivantes lors de la prise en charge de l'accouchement :

- Nous soulignons l'importance de la prévention des traumatismes périnéaux lors d'un accouchement par voie basse auprès des sages-femmes et des médecins. Chaque pratique lors du dégagement tel que le choix de réaliser une épisiotomie ou la façon de retenir la tête fœtale devrait être faite en connaissance de cause.

- La qualité de la suture en cas de déchirure ainsi que son explication à la parturiente en termes de cicatrisation et représentation nous semblent primordiales. Elle est d'ailleurs abordée dans l'étude de Buhling et al.

Concernant la période du post-partum, chaque femme devrait recevoir des informations justes à propos de la reprise de la sexualité, telles que :

- Le corps est anatomiquement prêt (col fermé, lochies réduites...) à reprendre les rapports sexuels dès 10 jours post-partum. Cependant, la reprise ne doit se faire que lorsque les deux partenaires s'y sentent prêts comme nous le décrivons dans notre cadre de référence (Masters & Johnson, 1979 ; Ovidie, 2008).

- Dès 1 mois après la reprise des rapports sexuels, en cas de dyspareunies durables et localisées, inciter les femmes à aller consulter leur gynécologue afin de s'assurer qu'il n'y a pas de cause directe à ces douleurs (points de suture trop serrés...).

- Recommander aux femmes d'entreprendre une rééducation périnéale dès 6 semaines post-partum, celle-ci permettant aux différents tissus de retrouver leur tonicité.

De plus, des pratiques simples pourraient être instaurées :

- Une ordonnance de lubrifiant pourrait être dispensée de façon systématique à toutes les patientes afin de palier aux sécheresses vaginales (dues à l'allaitement ou non) et à la peur de la douleur. En effet, cette prescription, au même titre que la contraception, permettrait aux femmes de se sentir légitimes et à l'aise dans la démarche pour l'obtenir en pharmacie ainsi que dans l'utilisation avec leur mari.

La césarienne pourrait être considérée en prénatal dans certains cas (antécédent de déchirure du 4^{ème} degré, incontinence urinaire ou fécale sévère...). Cependant, la balance risques-bénéfices devrait toujours être clairement définie et ce, autant pour la mère que l'enfant à naître. Comme décrit dans le cadre de référence, les facteurs suivants devraient influencer la décision d'une césarienne élective : l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (risque de syndrome de détresse respiratoire augmenté), la relation mère-bébé (plus compliquée et moins

instantanée dans le cadre du bloc opératoire et de la salle de réveil) mais aussi le sentiment d'estime de soi pour la mère et l'histoire obstétricale (le désir d'enfant en parallèle du nombre de césariennes recommandé).

5.2.2. Niveau psychoaffectif.

Comme mentionné dans notre cadre de référence, ce niveau s'établit depuis l'enfance puis s'organise en fonction des événements de la vie. Chaque aléa survenant au cours de l'existence qui porte atteinte à la confiance en soi peut retentir sur la qualité de la vie sexuelle (El Feki, 2007 ; Ferroul, 2002 ; Tordjman, 1996). Nous soulignons par ailleurs qu'un taux de 20 à 30 % des femmes expriment que l'arrivée de leur enfant est un véritable traumatisme (Olde et al, 2006), donc par extension une période de la vie pendant laquelle l'identité est remise en question (Olde, van der Hart, Kleber, & van Son, 2006).

De fait, l'anamnèse prénatale pourrait être complétée par les propositions suivantes :

- Le thème de la réorganisation du couple conjugal en couple parental pourrait être abordé dès les premières rencontres en prénatal afin de préparer les parents à ce changement important qui pourra être investigué de manière plus poussée dans le post-partum selon les besoins de chacun.
- Les bochures *PARENTS & AMANTS, Un défi excitant*, 2010 et *Consultation en santé sexuelle*, 2000 pourraient être distribuées dans le même temps (HUG, 2009 ; Hulsbergen & Van der Schueren, 2010).

Lors de l'accouchement, il nous semble important de faire à attention aux mots employés et gestes pratiqués. En effet, c'est un moment au cours duquel les deux partenaires sont particulièrement sensibles et ce qui est banal pour les équipes peut s'avérer traumatisant pour les couples (vocabulaire inadapté, touchers vaginaux à répétition...).

Le rôle sage-femme tout au long du post-partum peut être riche. Nous faisons les propositions suivantes :

- Le post-partum précoce est une période propice à la reprise de contact et redécouverte des femmes avec leur corps et leur périnée. En effet, même si des explications sont données après la suture, une déchirure et l'état du périnée restent souvent flous et à l'origine de craintes. Une fois l'œdème résorbé et la béance périnéale rétablie, il nous semble important de réduire l'influence de l'imaginaire de la femme afin qu'elle ait une représentation juste de son anatomie génitale pour que cela n'entrave pas son image personnelle au sein de sa vie intime. En effet, les représentations sont souvent pires que la réalité.
- L'érotisation de la génitalité, nécessaire à l'atteinte de la santé sexuelle selon le modèle théorique de sexualité de Jean-Yves Desjardins, peut être altérée

suite à un accouchement. En effet, il peut être plus difficile de l'éprouver positivement lorsque le sexe féminin a été coupé ou déchiré, et cela pour les deux partenaires.

➤ Les thèmes de la réorganisation identitaire et du changement de statut social, abordés ou non en prénatal, doivent être investigués dans le post-partum tardif. En effet, le passage de femme à mère, d'homme à père et de couple conjugal à couple parental constitue une crise maturative (Collière, 1998). La sage-femme doit donc accompagner les couples dans l'intégration de ces modifications, susceptibles de perturber leur équilibre intime et leur sexualité, et aborder leur nouveaux comportements potentiels afin de les accompagner en les informant, les écoutant et les guidant dans leur vécu de nouveaux parents toujours amants.

➤ Tous les facteurs cités ci-dessus peuvent s'aggraver en cas de dépression périnatale. En effet, en moyenne 13% des mères et 11% des pères sont touchés (Nanzer, 2009), ce qui, en plus d'être à risque pour la relation avec leur enfant, peut l'être pour leur propre relation de couple et donc leur sexualité. Il est donc important, en tant que sage-femme, d'avoir cette notion à l'esprit et d'en rechercher les symptômes (insomnies, perte ou gain de poids, repli sur soi...). L'échelle EPDS (annexe I) peut constituer un outil diagnostique.

5.2.3. Niveau socioculturel

Le niveau socioculturel est influencé par les lois et les croyances de la société dans laquelle les personnes évoluent (El Feki, 2007 ; Ferroul, 2002 ; Tordjman, 1996). La société actuelle nous paraît peu favorable à différents niveaux que nous développons dans les points ci-après.

Au prénatal, les sages-femmes doivent être attentives à la culture et au groupe ethnique des patientes auxquelles elles s'adressent. En effet, certains conseils, tels que la possibilité d'entretenir des rapports sexuels pendant la grossesse, sont à adapter en fonction des croyances : si certaines préconisent l'abstinence, d'autres prônent l'augmentation des rapports sexuels (Bartoli, 2007) et les conseils donnés par les soignants pourraient rendre la relation conflictuelle face à des pratiques ancestrales.

Suite à la naissance de l'enfant, les points socioculturels suivants sont à relever :

➤ Les sages-femmes et obstétriciens devraient toujours adapter leurs conseils en fonction de la culture et des croyances des partenaires, mais aussi en fonction du ressenti face au couple (violence conjugale, impatience du partenaire...), notamment en ce qui concerne le délai de reprise des rapports sexuels.

➤ Le corps de la femme se trouve modifié par la grossesse et cela peut-être mal vécu dans une société où l'image tient une place importante. En effet, l'anatomie met plusieurs mois pour se rapprocher de son état d'avant grossesse. Si cela peut laisser indifférent certains couples, d'autres peuvent rencontrer de réelles difficultés face à cette nouvelle image (seins et ventre distendus, vergetures, surpoids...).

➤ Les familles sont souvent éclatées géographiquement. En effet, que ce soit pour les femmes immigrées dont les familles sont loin, ou pour les femmes occidentales dont les mères sont souvent actives lors de la naissance de leur premier petit enfant, le soutien social est souvent affecté. De plus, ces dernières années, des courants de pensée ont considéré que devenir mère allait de soi. Pourtant, la gestion du nouveau-né qui a toujours été effectuée en communauté auparavant, ne s'est pas simplifiée au fil des siècles, d'où l'importance du rôle contenant de la sage-femme et des informations qu'elle dispense à ce sujet. Dans les premiers mois de vie, un nourrisson demande beaucoup d'attention et le couple a souvent peu de temps pour se retrouver (réveils nocturnes, fatigue...). Certains ouvrages parlent de 70h/semaine de travail pour une mère avec son premier enfant (allaitement, ménage, linge...) (Romito, 1990). La sage-femme doit donc rendre les couples attentifs à cela et les aider à développer des stratégies personnelles afin qu'ils puissent s'aménager du temps à deux et conserver leur intimité, indispensable à toute sexualité.

➤ La majorité des femmes reprennent le travail à la fin de leur congé maternité légal et doivent alors gérer différents statuts : celui de femme, d'amante, de mère et de professionnelle. Là encore, la sage femme doit être en mesure de la valoriser afin qu'elle ne se sente pas surmenée et arrive à gérer le couple jusque dans son intimité.

La majorité de ces propositions, bien que simples à mettre en place, ne sont applicables que dans un système de santé adéquat en termes de temps et d'effectif. A l'heure actuelle, les consultations hospitalières ne permettent pas de toutes les réaliser, d'où l'importance d'une collaboration inter et intra disciplinaires, notamment avec les sages-femmes indépendantes. En effet, elles dispensent les cours de préparation à la naissance et voient les couples dans le post-partum tardif ce qui leur offre la possibilité d'approfondir le thème de la sexualité de façon adaptée à chaque couple et ce, d'autant plus que la description des traumatismes périnéaux de la patiente leur a été correctement communiquée par le lieu d'accouchement des patientes.

De plus, en cas de troubles de la sexualité dans un couple qui dépasse les compétences de la sage-femme – aussi bien au niveau organique que psychoaffectif ou socioculturel – elle devra, en fonction de la gravité, d'informer, recommander ou adresser la patiente/le couple en consultation de sexologie. Cette dernière pourra être prescrite systématiquement en cas de déchirure sévère ou d'accouchement instrumenté dans le post-partum tardif.

5.3. Faiblesses et forces de notre travail

- **Faiblesses** : notre travail comporte certaines faiblesses.

La première a trait à nos opinions et représentations en lien avec la césarienne et plus précisément à la césarienne élective. Nous avons toujours été attentive à travailler avec distanciation, que ce soit dans nos lectures ou dans nos écrits. Cependant, les sages-femmes sont les gardiennes de la physiologie d'où notre tendance à défendre cette posture dans notre mémoire.

Nous n'avons pas pris la césarienne en compte dans notre question de recherche car elle ne prenait pas part à notre sujet. Bien qu'elle permette la naissance, elle n'est pas une modalité d'accouchement par voie basse. Cependant, elle se retrouve dans certaines de nos études, et, comme nous l'avons déjà explicité, nous nous en sommes rendu compte et n'avons pas utilisé les odds ratio en conséquence afin de ne pas créer de biais méthodologiques.

À la suite de nos lectures, nous avons décidé de nous concentrer sur les femmes primipares. Bien que l'on puisse considérer que ce choix exclut un grand nombre de parturientes, cela nous permet d'obtenir des résultats concernant des femmes confrontées pour la première fois au vécu de leur sexualité dans une période post-partum, ce qui réduit certaines variables. D'un point de vue méthodologique, cela ne constitue pas un biais réel puisque la parité n'était pas incluse dans nos mots clés, et de fait les résultats de nos lancements ne s'en retrouvent pas modifiés.

Dans le cadre du Bachelor Thésis, nous avons analysé 5 études et nous considérons leur sélection comme justifiable. En effet, afin de réaliser une analyse pertinente, nous avons été strictes sur les critères de sélection en termes de méthodologie, d'éthique, d'année de publication et de résultats. Cela permet d'obtenir un premier tour d'horizon en regard de notre questionnement mais n'est pas suffisant pour établir des conclusions fiables.

- **Forces** : elles sont les suivantes :

Nous pensons avoir réalisé un travail complet, à partir d'un thème d'actualité et d'une question de recherche à la fois précise et ouverte.

Nous nous sommes documentées afin de choisir le modèle théorique de sexualité le plus adéquat pour notre cadre de référence. Nous pensons qu'il apporte des connaissances nécessaires à l'enrichissement de notre problématique.

Par la suite, nous nous sommes attachées à fournir une revue de la littérature la plus pertinente possible. Nous avons choisi 5 articles sur les 30 initialement sélectionnés mais avons utilisé les études non retenues en nous en inspirant pour compléter notre discussion et le retour dans la pratique.

Enfin, les propositions que nous avons faites pour le retour dans la pratique sont réalistes. En effet, les améliorations des pratiques sages-femmes proposées sont simples à mettre en place et ce, que ce soit en prénatal, per- ou post-partum.

Les connaissances acquises sur la sexualité, le périnée et le rôle de la sage-femme nous permettent à l'heure actuelle d'avoir une vision plus globale et holistique de cette problématique, en regard de ce qu'elle était au début de ce travail.

6. CONCLUSION

L'objectif de ce travail de Bachelor Thésis était d'étudier l'impact des lésions périnéales sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la première année qui suit la naissance. Celui-ci est globalement atteint.

En effet, les différents auteurs concluent que la reprise des rapports sexuels se fait en moyenne entre 2 et 4 mois post-partum. Les conséquences des traumatismes périnéaux sur la vie sexuelle divergent en termes de durée et de sévérité mais tous s'accordent à dire qu'un haut degré de déchirure périnéale (3^{ème} ou 4^{ème} degré) ainsi qu'un accouchement instrumenté sont les principaux facteurs de risque de troubles de la sexualité (dyspareunies, diminution de la satisfaction...) jusqu'à un an post-partum.

Notre questionnement professionnel initial abordait de nombreux thèmes. La majorité de nos interrogations ont trouvé réponse de façon plus ou moins complète dans le cadre de référence, la revue de la littérature ou la discussion. Nous avons pu développer le rôle sage-femme en tant que promotrice de la santé sexuelle tout au long du processus de la maternité et plus particulièrement du post-partum. Les variables sur lesquelles nous pouvons agir sont nombreuses et bien que l'évolution des mentalités soit en cours, cela prend du temps.

Au fil de nos lectures, notre intérêt pour ce sujet s'est accru et nos intuitions initiales concernant la sexualité et la maternité sont devenues des convictions. En effet, au delà de l'impact, certes considérable, des traumatismes périnéaux sur la reprise et le vécu de la sexualité des couples, l'accession à la parentalité constitue une étape primordiale que ceux-ci doivent franchir pour retrouver un nouvel équilibre tant personnel que sexuel.

Notre rôle de sage-femme est d'accompagner ce processus de la façon la plus empathique et holistique possible et ce, sur les différents niveaux décrits auparavant – organique, psychoaffectif et socioculturel – afin de procurer aux couples un sentiment de sécurité suffisamment fort pour qu'ils puissent développer leurs compétences personnelles dans un but d'épanouissement familial et intime.

BIBLIOGRAPHIE

Abramowitz, L., Sobhani, I., Ganansia, R., Vuagnat, A., Benifla, J. L., Darai, E., . . . Mignon, M. (2000). Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis.Colon Rectum*, 43(5), 590-596.

AFEDI, & AQCSI. (2008). *Diagnostics infirmiers Définition et classification 2007-2008 - NANDA International* (Masson ed.). Lonrai.

Agmo, A. (2007). *Functionnal and dysfunctionnal sexual behavior*. Tromso: Elsevier.

Ahmad-Nia, S., Delavar, B., Eini-Zinab, H., Kazemipour, S., Mehryar, A. H., & Naghavi, M. (2009). Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 15(6), 1389-1398.

Anthony, S., Buitendijk, S. E., Zondervan, K. T., van Rijssel, E. J., & Verkerk, P. H. (1994). Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br.J.Obstet.Gynaecol.*, 101(12), 1064-1067.

Association psychanalytique internationale. (2010). A propos de la psychanalyse.

Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R., & Manyonda, I. (2005). Cesarean section and postnatal sexual health. [Comparative Study]. *Birth*, 32(4), 306-311. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00388.x

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 107(2), 186-195.

Bartoli, L. (2007). *Venir au monde : Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Baulieu, E., Héritier, F., & Leridon, H. (1999). *Contraception: contrainte ou liberté?* Paris: Odile Jacob.

Benifla, J. L., Abramowitz, L., Sobhani, I., Ganansia, R., Darai, E., Mignon, M., & Madelenat, P. (2000). [Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients]. *Gynecol.Obstet.Fertil.*, 28(1), 15-22.

Bonierbale, M., & Waynberg, J. (2012). 70 ans de sexologie française. , from <http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/SXHST/sexologie.htm>

Bozon, M. (2012). Histoire de la sexualité., from <http://www.universalis.fr/encyclopedie/histoire-de-la-sexualite/>

Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European*

journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 124(1), 42-46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.008

Chevalier, S. (2012). L'orgasme et l'Occident., from <http://www.universalis.fr/encyclopedie/l-orgasme-et-l-occident/>

Chevret-Measson, M., & Brenot, P. (Eds.). (2004). Le Bouscat.

Coglitore, M. T. (2004). Bien être et santé sexuelle. *Revue Européenne de Sexologie*, 49, 45-48.

Collière, M.-F. (1998). *Soigner, le premier art de la vie*. Paris : InterEditions.

Conte, M. (1980). *Nu... comme dans nuages*. Québec: Mortagne.

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. [Review]. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75 Suppl 1, S5-S23.

De Cotret, L. R. (2010). Sexe, bien-être, plaisir., from http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=sexualite_sante_intro_do

De Gasquet, B. (1999). *Bien être et maternité* (3ème ed.). Saint-Estève: Presses Littéraires.

Deval, B., Rafii, A., Poilpot, S., Aflack, N., & Levardon, M. (2002). Genital prolapse in young women: a study of the risk factors. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 30(9), 673-676. doi: 10.1016/s1297-9589(02)00413-7

Ejegard, H., Ryding, E. L., & Sjogren, B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Gynecologic and obstetric investigation*, 66(1), 1-7. doi: 10.1159/000113464

El Feki, M., Desjardins, J. Y., Crepault, C., Bureau, J. (2007). *La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* Bruxelles: de boeck.

Evene. (2012). Sigmund Freud, psychanalyste autrichien., from <http://www.evene.fr/celebre/biographie/sigmund-freud-632.php>

Fafard Campbell, K. (2012). REPONSE SEXUELLE., from <http://www.er.ugam.ca/nobel/m272305/reponse.htm>

Farrell, S. A., Allen, V. M., & Baskett, T. F. (2001). Parturition and urinary incontinence in primiparas. [S0029-7844(00)01164-9 pii]. *Obstet.Gynecol.*, 97(3), 350-356.

- Fatton, B., Savary, D., Velemir, L., Amblard, J., Accoceberry, M., & Jacquetin, B. (2009). Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité. *Gynecol.Obstet.Fertil.*, 37(2), 140-159. doi: DOI: 10.1016/j.gyobfe.2008.10.008
- Favre, S. (2008). *Du nouveau-né à l'adolescent, comment grandir?* HEDS. Genève.
- Ferroul, Y. (2002). *La sexualité féminine*. Paris: Ellipse.
- Ferroul, Y. (2012). Sexodoc: site de documentation et de réflexion sur la sexualité, from <http://www.sexodoc.fr/pages/index.html>
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Quadrige.
- Garmaroudi, G., Eftekhari, H., Batebi, A.,. (2003). Cesarean section prevalence in Tehran, Iran. *NLM Gateway*.
- Groupe De Boeck. (2010). de boeck, from <http://superieur.deboeck.com/auteurs/23244/mansour-el-feki.html>
- Habert, P., & Habert, M. (1999). *Dictionnaire de la sexualité*. Paris: Solar.
- HUG. (2000). *Consultation en santé sexuelle*. . Genève : HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Hulsbergen, W., & Van der Schueren, B. (2010). *PARENTS & AMANTS, Un défi excitant. Brochure sur la sexualité autour de la naissance*. . Genève : Bayer HealthCare.
- Institut Sexocorporel International. (2011). Le Sexocorporel., from <http://sexocorporel.com/approche>
- Ionenet. (2012). Sexualité féminine., from <http://www.savoir-femme.com/sexualite-feminine.php>
- J.W. de Leeuw, P.C. Struijk, M.E. Vierhout, & Wallenburg., H. C. S. (2001). Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(4), 383.
- Jaoui, H., & Bulleri, L. (2004). *J'aime mon couple et je le soigne*. Paris: InterEditions.
- Kamina, P. (1984). *Anatomie gynécologique et obstétricale*. Paris: Maloine.
- Kamina, P. (1985). *Petit bassin et périnée*. (Vol. 1 & 2). Paris: Maloine.
- Landau, R. (2007). Analgésie obstétricale et douleurs du post-partum. [10.1007/s11724-007-0051-6]. *Douleur et Analgésie*, 20(3), 167-172.
- Lansac, J., Marret, H., & Oury, J. F. (2006). *Pratique de l'accouchement* (Vol. Masson): Masson.

Larousse 2013. (2012). Paris: Larousse.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x

Lire. (2008). Le sexe selon Freud, from http://www.lexpress.fr/culture/livre/le-sexe-selon-freud_814026.html

Marieb, E. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris: De Boek Université.

Maryanne Maltais, S. (2009). La sexothérapie selon l'approche sexoanalytique., from <http://www.associationdessexologues.com/articles.php?article=20090701094321>

Masters, W. H., & Johnson, W. E. (1979). *Réactions Sexuelles*. Saint-Amant.: Robert Laffon.

McMahon, S. (2007). *Le PSY de poche*. Paris: Marabout.

Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (2001). *Précis d'obstétrique* (6ème ed.). Paris: Masson.

Morrison, J. J., Rennie, J. M., & Milton, P. J. (1995). Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 102(2), 101-106.

Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Paris: Favre.

Nasio, J.-D. (2001). *Le plaisir de lire Freud*. Paris: Payot et Rivière.

Netter, F.-H. M. (2003). *Atlas d'anatomie humaine*. Paris: Masson.

Nusbaum, M. R., Gamble, G., Skinner, B., & Heiman, J. (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *The Journal of family practice*, 49(3), 229-232.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth : a review. *Clinical psychology review*, 26(1), 1-16.

OMS. (2012). Les recommandations de l'OMS., from <http://accoucherautrement.free.fr/Recommandations-OMS.htm>

Ovidie. (2008). *Osez... l'amour pendant la grossesse*. Paris: La Musardine.

Quebec., P. d. I. U. d. (2012). Claude Crépault, from <http://www.puq.ca/auteurs/claude-crepault-33.html>

Quilichini, J., Cohen, M., & Blanc, B. (1991). *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie* (Vol. Editions Techniques): Encycl. M,d. Chir. (Paris-France).

Rabii, R., & Heddat, A. (2010). Physiologie sexuelle féminine. *Mise au point.*, 18, 5-9.

Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106. doi: BIR222 [pii] 10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x

Read, J. S., & Klebanoff, M. A. (1993). Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 514-519.

Riteau, A.-S. (2002-2003). Le périnée féminin, de la superficie à la profondeur., from <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/anatomie/file/Biblio/2002/Riteau A-S.pdf>

Romito, P. (1990). *Naissance Du Premier Enfant*. Neuchâtel: Delachaux & Niestle.

Safarinejad, M. R., Kolahi, A. A., & Hosseini, L. (2009). The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *The journal of sexual medicine*, 6(6), 1645-1667. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x

Sayle, A. E., Savitz, D. A., Thorp, J. M., Jr., Hertz-Picciotto, I., & Wilcox, A. J. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Obstetrics and gynecology*, 97(2), 283-289.

Sayle, A. E., Savitz, D. A., & Williams, J. F. (2003). Accuracy of reporting of sexual activity during late pregnancy. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 17(2), 143-147.

Schuler Barazzoni, M., & Roth-Kleiner, M. (2008). Le taux de détresse respiratoire du nouveau-né augmente, celui des césariennes aussi: et si ce n'était pas un hasard. *Revue Médicale Suisse*, 4, 504-508.

Schwab, P., & Zwimpfer, A. (2007). *Mettre au monde dans les Hopitaux Suisse: Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements*. Office fédéral de la statistique (OFS). Neuchâtel. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/.../publikationen.Document.90671.pdf>

Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., . . . Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The journal of sexual medicine*, 7(8), 2782-2790. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x

Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort

study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 184(5), 881-888; discussion 888-890. doi: S0002-9378(01)55770-1 [pii]
10.1067/mob.2001.113855

Sonet, D. (2005). *L'amour, la vie... parlons-en!* Paris: Edifa-Mame.

Soucasaux, N. (2008). The Female Sexual Response, from http://www.nelsonginecologia.med.br/femalesexresp_engl.htm

Tordjman, G. (1996). *LA SEXUALITE AU FIL DE LA VIE*. Saint-Amand-Montrond: HACHETTE.

Turck, D. (2010). Plan d'action: Allaitement maternel, from <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000420/0000.pdf>

van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., van de Pol, G., Heintz, A. P., & van der Vaart, C. H. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG*, 113(8), 914-918. doi: BJO1017 [pii]
10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x

Van Eersel, P. (2008). *Mettre au monde: Enquêtes sur les mystères de la naissance*. Paris: Albin Michel.

WHO. (2011). Sexual and reproductive health; gender and human rights., from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Mohammad, K., Rashidian, A., Changizi, N., & Majdzadeh, R. (2011). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC health services research*, 11, 159. doi: 10.1186/1472-6963-11-159

ANNEXES

Annexe I : EPDS

Traduction de l'EPDS (Edinburg Post-partum Depression Scale)

(Cox, 1994 ; Guedeney & Fermanian, 1998 ; Nanzer, 2009)

Vous allez avoir un bébé ou venez d'en avoir. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler), et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

Ceci signifiera : « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

Analyse de l'EPDS (Edinburg Post-partum Depression Scale)

Cotation de l'EPDS

- Les items 1, 2 et 4 se cotent de 0 à 3
- Les items 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0

Précisions concernant l'utilisation de l'EPDS et les scores

La (future) maman est priée de remplir le questionnaire par elle-même, sans influence extérieure. Le professionnel peut l'aider si elle a un problème de compréhension ou de lecture du français. Elle choisira les réponses se rapprochant le plus de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours et pas seulement le jour même. Toutes les rubriques doivent être remplies.

L'EPDS ne permet pas de poser un diagnostic de dépression. Il ne doit être considéré que comme une aide au bon sens clinique. Il détecte et quantifie certains symptômes dépressifs et renseigne sur la probabilité de la maladie. Le diagnostic doit ensuite être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée.

L'EPDS a été validé pour une utilisation en pré et en postpartum. Il est bien accepté par les femmes et les professionnels. Le questionnaire ne porte que sur la semaine écoulée ; s'il est négatif, il est utile de le répéter après 2 semaines lorsque plusieurs facteurs de risques existent.

Résultats

- Score minimal : 0
- Score maximal : 30

Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.

Un score de 11 ou plus, révèle une dépression possible. Une confirmation clinique est nécessaire pour porter un diagnostic (36 à 47% des femmes obtenant ce score n'ont pas de diagnostic de dépression confirmé)

Un score inférieur à 10 signifie qu'une dépression est très peu probable (le risque est inférieur à 3-4%)

Cox, J. L. (1994). Perinatal psychiatry : east is east and west is west [Comment Letter]. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 164(3), 420.

Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 13(2), 83-89. Doi: 10.1013/S0924-9338(98)80023-0

Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Paris : Favre.

Annexe II : FSFI

Questionnaire FSFI utilisé dans l'étude (traduction revue)

(Vangeenderhuysen, 2009)

QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LA FEMME

(French version of the FSFI©)

INSTRUCTIONS: Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

NE COCHEZ QU'UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION.

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4
Parfois (environ la moitié du temps)	3
Rarement (moins de la moitié du temps)	2
Presque jamais ou jamais	1

2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

Très élevé	5
Élevé	4
Moyen	3
Faible	2
Très faible ou inexistant	1

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin

ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4
Parfois (environ la moitié du temps)	3
Rarement (moins de la moitié du temps)	2
Presque jamais ou jamais	1

4. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Très élevé	5
Élevé	4
Moyen	3
Faible	2
Très faible ou inexistant	1

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Extrêmement sûre	5
Très sûre	4
Moyennement sûre	3
Peu sûre	2
Très peu sûre ou pas sûre du tout	1

6. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	4
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2
Presque jamais ou jamais	1

7. Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	4
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2
Presque jamais ou jamais	1

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Extrêmement difficile ou impossible	1
Très difficile	2
Difficile	3
Légèrement difficile	4
Pas difficile	5

9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	4
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2
Presque jamais ou jamais	1

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Extrêmement difficile ou impossible	1
Très difficile	2
Difficile	3
Légèrement difficile	4
Pas difficile	5

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel avez-vous atteint l'orgasme?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	4
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2
Presque jamais ou jamais	1

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle	0
Extrêmement difficile ou impossible	1
Très difficile	2
Difficile	3
Légèrement difficile	4
Pas difficile	5

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Très satisfaite	5
Moyennement satisfaite	4
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3
Moyennement insatisfaite	2
Très insatisfaite	1

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

Aucune activité sexuelle	0
Très satisfaite	5
Moyennement satisfaite	4
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3
Moyennement insatisfaite	2
Très insatisfaite	1

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

Très satisfaite	5
Moyennement satisfaite	4
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3
Moyennement insatisfaite	2
Très insatisfaite	1

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

Très satisfaite	5
Moyennement satisfaite	4
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3
Moyennement insatisfaite	2
Très insatisfaite	1

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0
Presque toujours ou toujours	1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	2
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	4
Presque jamais ou jamais	5

18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0
Presque toujours ou toujours	1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	2
Parfois (environ une fois sur deux)	3
Rarement (moins d'une fois sur deux)	4
Presque jamais ou jamais	5

19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0
Très élevé	1
Elevé	2
Moyen	3
Faible	4
Très faible ou inexistant	5

Annexe III : IIEF

IIEF (International Index of Erectile Function)

(Réseau de médecine sexuelle du Québec, 2011)

AU COURS DES TROIS DERNIERES SEMAINES :

1. Avec qu'elle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours des vos activités sexuelles ?

- Je n'ai eu aucune activité sexuelle
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

Les trois questions suivantes portent sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels.

2. Au cours des trois dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

3. Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin)

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

4. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Extrêmement difficile
- Très difficile
- Difficile
- Un peu difficile
- Pas difficile

5. Combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?

- Aucune fois
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 à 10 fois
- 11 fois et plus

6. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

7. A quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels ?

- Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout
- Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir
- J'ai éprouvé pas mal de plaisir
- J'ai éprouvé beaucoup de plaisir
- J'ai éprouvé énormément de plaisir

8. Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

- Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

9. Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation ?

- Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

10. Avec quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?

- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

11. Comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?

- Très faible / nulle
- Faible
- Moyenne
- Forte
- Très forte

12. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

- Très insatisfait
- Moyennement insatisfait
- A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- Moyennement satisfait
- Très satisfait

13. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

- Très insatisfait
- Moyennement insatisfait
- A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- Moyennement satisfait
- Très satisfait

14. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- Pas sûr du tout
- Pas très sûr
- Moyennement sûr
- Sûr
- Très sûr

Ces informations sont confidentielles et ne sont pas communiquées à des tiers.

Age : _____ ans

Annexe IV : Approche sexo-corporelle

L'approche sexo-corporelle de Jean-Yves Desjardin

Les deux grands concepts à la base de cette approche sont « l'unité fondamentale corps-cerveau » et « la santé sexuelle ».

L'unité fondamentale corps-cerveau :

Selon Jean-Yves Desjardins, le cerveau et le corps ne sont pas deux réalités distinctes mais une globalité, une unité qui forme l'être humain. « Rien dans la conscience qui ne passe d'abord par les sens », disait Thomas d'Aquin.

Ici se trouve la base de cette approche qui s'applique à travailler avec la personne dans sa globalité, chaque intervention au niveau du corps implicite (cognitif ou émotionnel) se projette dans le corps explicite (physique). La sexualité prenant part dans chacun de ces corps, il semble indispensable de les réunir et de les considérer comme une unité de laquelle découle le concept de santé sexuelle (El Feki, 2007).

La santé sexuelle :

« Elle [la santé sexuelle] se définit comme la naissance, le développement, l'interaction et l'harmonisation de toutes les composantes de la sexualité » (El Feki, 2007, p.65). La sexualité, présente dès le plus jeune âge, se développe grâce à une succession d'apprentissages. Elle est susceptible de s'améliorer tout au long de la vie et varie en fonction des différents aléas de cette dernière, tels que la grossesse (El Feki, 2007).

Afin de mieux comprendre le modèle de santé sexuelle de l'approche sexocorporelle, il est indispensable de définir ses différentes composantes de façon séparée bien qu'elles interagissent entre elles.

Dans sa description théorique, Jean-Yves Desjardins aborde de façon détaillée les deux branches à l'origine de son modèle; l'identité génétique, et l'identité sexuelle. Il les nomme « les composantes identitaires fondamentales ».

A travers « les composantes sexologiques fondamentales », il développe de nombreuses notions. Tous les points qu'il détaille sont nécessaires à un sexologue mais ne sont pas forcément pertinents pour la suite de travail. En revanche, d'autres y trouvent une place privilégiée (El Feki, 2007).

Les composantes identitaires fondamentales :

L'approche sexocorporelle distingue deux composantes fondamentales : l'identité génétique, fixée dès la conception par les gènes (XX ou XY), inchangeable et l'identité sexuelle qui intègre la fonction d'excitation sexuelle et qui est présente dès la naissance sous forme de réflexe d'excitation génitale. Ce réflexe ne s'exprime pas de la même façon compte tenu de l'identité génétique. Cette différenciation constitue le premier ancrage de la sexualité de l'homme et de la femme (El Feki, 2007).

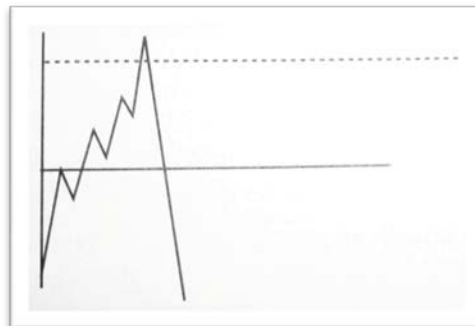
Les composantes sexologiques développementales :

Les composantes physiologiques

- **La fonction d'excitation génitale :** Sa place est primordiale lorsque l'on aborde la sexualité. En effet, elle est la source de toutes les autres composantes (plaisir, désir coïtal, mode d'excitations....). Elle se divise en deux aspects :
 - La vasocongestion des organes génitaux initiée lors d'excitation sexuelle de tout ordre. Elle permet une action volontaire sur la montée de la courbe d'excitation sexuelle (qui varie en fonction du mode d'excitation) jusqu'à la décharge orgastique.
 - La gestuelle du corps explicite : rythmes, mouvements, tensions musculaires qui permettent une action volontaire sur la qualité et le vécu de cette fonction d'excitation (El Feki, 2007).
- **Les modes d'excitation sexuelle :** L'approche sexocorporelle distingue 5 modes d'excitation sexuelle qui sont les suivants : archaïque, mécanique, archaïco-mécanique, ondulatoire et en vagues.

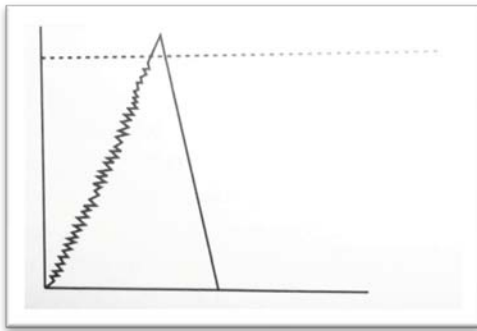
Mode d'excitation archaïque :

Le trait plein correspond à un niveau d'excitation suffisant à la pénétration



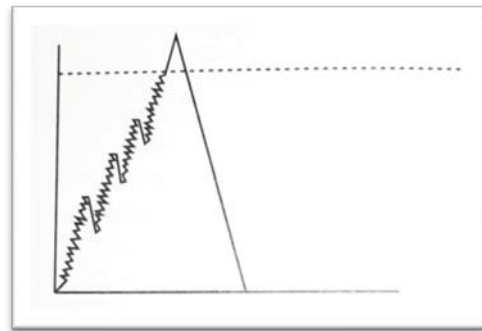
Tiré de : La sexothérapie, 2007

Mode d'excitation mécanique :



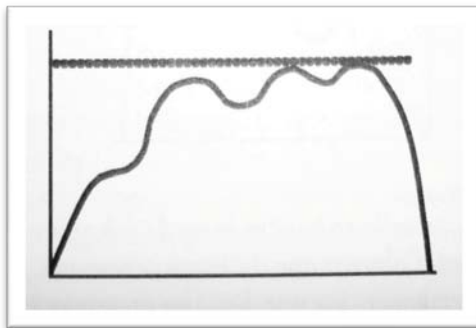
Tiré de : La sexothérapie, 2007

Mode d'excitation archaïco-mécanique :



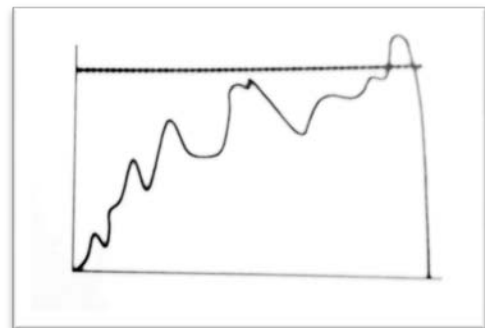
Tiré de : La sexothérapie, 2007

Mode d'excitation ondulatoire :



Tiré de : La sexothérapie, 2007

Mode d'excitation en vague :



Tiré de : La sexothérapie, 2007

Tous ces modes n'offrent pas la même capacité d'épanouissement en termes de santé sexuelle. Les 3 premiers permettent d'obtenir une décharge orgasmique²⁷. A l'opposé, le mode en vague et/ou ondulatoire débouchent généralement à une décharge orgasmique²⁸. Seule cette dernière offre la possibilité de parvenir à l'orgasme par autostimulation²⁹ ou allostimulation³⁰, mais également à l'orgasme coïtal car elle permet une association des récepteurs superficiels et profonds, ainsi que l'alliance excitation génitale/plaisir sexuel.

Chaque mode dépend également de la diversification des sources d'excitations sexuelles (El Feki, 2007).

²⁷ Décharge orgasmique : Explosion qui, à la suite d'une excitation adéquate et suffisamment longue, se manifeste par une contraction réflexe des muscles abdominaux et du périnée et qui met fin peu à peu à l'excitation. Chez l'homme, cette décharge est accompagnée de l'éjaculation (El Feki, 2007).

²⁸ Décharge orgasmique : Plaisir relié à l'explosion ou à la décharge de la tension sexuelle. Ce plaisir varie en intensité d'une rencontre sexuelle à l'autre, en fonction de l'expérience subjective vécue par l'individu. Autant pour les femmes que pour les hommes, il est possible de vivre une expérience très intense de plaisir (= orgasme), mais sans décharge orgasmique (El Feki, 2007).

²⁹ Autostimulation : « Stimulation faite par la personne elle-même » (El Feki, 2007, p. 74)


³⁰ Allostimulation : « Stimulation faite par un/une partenaire » (El Feki, 2007, p. 74)

Les composantes sexodynamiques

Elles sont au nombre de sept, et sont constituées du sentiment d'appartenance à son sexe biologique³¹, du plaisir, du désir sexuel coïtal, de l'imaginaire érotique³², des codes d'attraction sexuelle, de l'assertivité sexuelle³³, et de l'intensité émotionnelle sexuelle³⁴.

- **Le plaisir sexuel** : Il se définit comme une « perception émotionnelle agréable » (Desjardins, 2007, p. 76). Il peut être aussi être qualifié de volupté. Il est important de distinguer l'excitation génitale qui est un phénomène physiologique et le plaisir sexuel qui peut, ou non, l'accompagner et qui dépend avant tout du mode d'excitation sexuelle utilisée.
La condition essentielle à l'émergence du plaisir sexuel est l'adhésion émotionnelle de la personne à la rencontre sexuelle. Tous sentiments négatifs face aux actes sexuels brimeraient sa capacité de développement car ils iraient à l'encontre du laisser aller nécessaire. Le plaisir sexuel est donc multidépendant de toutes les autres composantes de la sexualité et est le résultat d'un travail conscient pour le maîtriser.
- **L'orgasme** : Il découle de l'association et de la canalisation de différentes habiletés liées d'une part à l'excitation génitale et d'autre part aux perceptions de plaisir sexuel.

Le tableau ci-dessous définit et illustre les synergies nécessaires à son atteinte :

Habiletés liées à l'excitation génitale		Habiletés liées aux perceptions de plaisir sexuel
Diffusion sexuelle par la fluidité	↔	Volupté
Canalisation sexuelle par la double bascule réflexe	↔	Montée de la jouissance
Lâcher prise du bas par la bascule du bassin	↔	Abandon aux sensations de l'excitation génitale
Lâcher prise du haut par la bascule du bassin	↔	Abandon au plaisir sexuel émotionnel
Décharge orgastique (génitale)	↔	Décharge émotionnelle
		
ORGASME		

³¹ Sexe biologique : Il fait référence à la perception qu'ont les hommes et les femmes de leur masculinité ou de leur féminité. En termes de santé sexuelle, on dira qu'une personne est bien ancrée dans son sentiment d'appartenance à son sexe biologique si elle a érotisé son archétype sexuel (érotisation phallique pour l'homme et des creux pour la femme) et qu'elle a pu développer un minimum d'adaptation aux stéréotypes sociaux et culturels véhiculés en congruence avec son sexe anatomique.

³² Imaginaire érotique : « C'est l'ensemble des mentalisations et des représentations en lien avec la sexualité ou l'intimité qui vont déclencher ou accompagner l'excitation génitale ». (El Feki, 2007, p. 78)

³³ Assertivité sexuelle : Il s'agit de la capacité de se poser avec fierté dans sa féminité/masculinité. Elle présuppose une habileté de narcissisme et d'exhibitionnisme. (El Feki, 2007)

³⁴ Intensité émotionnelle sexuelle : « L'intensité émotionnelle (autrefois appelée agressivité sexuelle) fait référence à la capacité de l'homme et de la femme à maintenir et à augmenter une charge émotionnelle dans le vécu de leur sexualité » (El Feki, 2007, p. 80)

Cette définition de l'orgasme est tout à fait spécifique à l'approche sexo-corporelle (El Feki, 2007).

- **Le désir sexuel coïtal** : Le désir sexuel se définit, dans l'approche sexocorporelle, par l'anticipation mentale positive susceptible d'éveiller le réflexe d'excitation génitale. Il se compose de quatre éléments :
 - L'érotisation de son archétype : elle constitue en la recherche de son complément.
 - L'érotisation de la distance : capacité à vivre confortablement une distance avec l'autre sans inquiétude ni angoisse afin de pouvoir se laisser aller à des pensées érotiques concernant son retour.
 - L'attractivité sexuelle : consiste en la capacité de trouver chez l'autre des éléments attirants sur le plan sexuel.
 - L'identification des points de repères à son excitation génitale : capacité de repérer dans son corps et de conscientiser les manifestations de la naissance du réflexe d'excitation génitale et de la montée de l'excitation sexuelle.

Dans cette approche, des distinctions importantes sont apportées sur les différentes causes de désir sexuel qui peuvent parfois être source de confusion avec le désir sexuel coïtal brut.

Le désir sexuel coïtal découle d'un désir de pénétration avec le partenaire. Les désirs sexuels amoureux, de fusion, de décharge ou d'enfant peuvent amener une personne à désirer une relation coïtale avec l'autre mais le besoin à combler sera différent (El Feki, 2007).

- **Les codes d'attraction sexuelle** : Ils constituent la mentalisation en lien avec ce que l'on érotise et permet de déclencher le réflexe d'excitation sexuelle. Ils évoluent et sont influençables. Pour pouvoir atteindre la santé sexuelle, il faut être capable d'érotiser la génitalité et l'intimité, donc avoir un registre de code suffisamment variés (El Feki, 2007).

Les composantes cognitives

Leurs rôles sont capitaux dans la sexualité des hommes et des femmes. Elles regroupent toutes les connaissances, les idéologies, les jugements de valeurs, les attitudes et les idéalizations qui forment le système de pensée en lien avec la sexualité. C'est à partir de là que les personnes établissent ce qui est acceptable, ou non dans leur sexualité. Un système de pensées ouvert sera favorable à une sexualité épanouie ; inversement, des peurs, ou des fausses croyances, l'inhiberont (El Feki, 2007).

Les composantes relationnelles

« Les composantes relationnelles découlent d'abord de la capacité à communiquer ses besoins et désirs à l'autre de façon claire et objective » (Desjardins, 2007, p. 80).

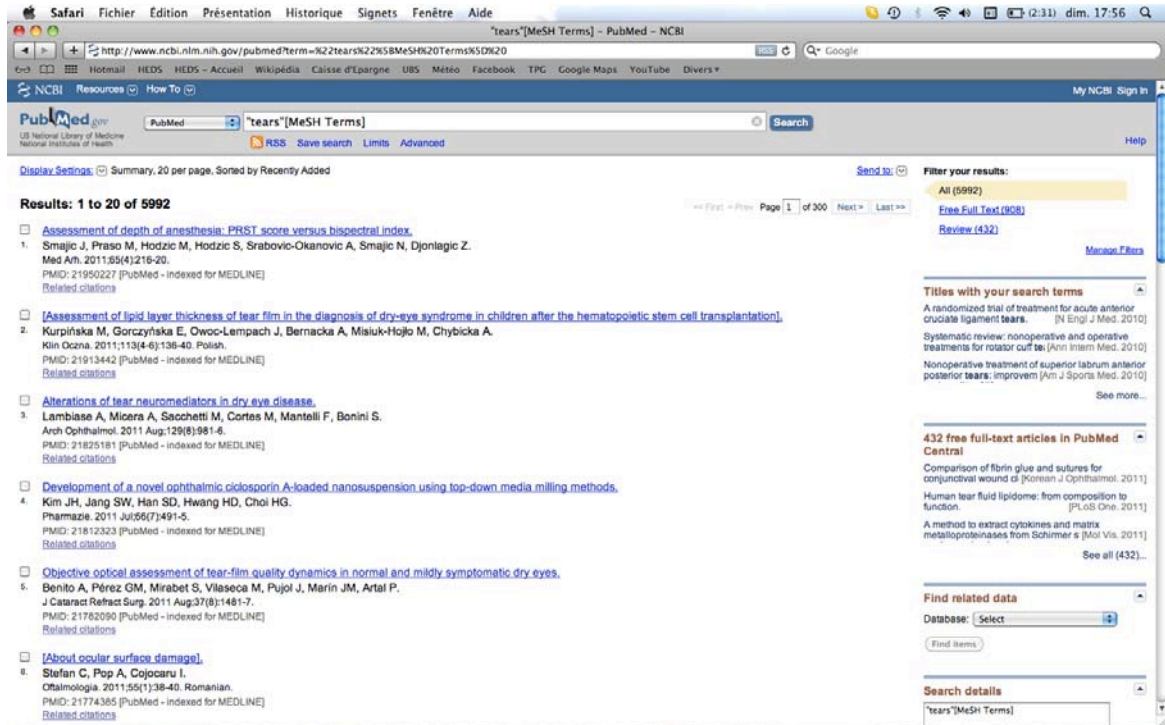
Elles sont constituées de la communication érotique et amoureuse, du sentiment amoureux, de la séduction, d'habiletés érotiques... Elles peuvent être aussi riches et imaginatives que basiques ou inexistantes.

Il est possible de parler de santé sexuelle lorsque les partenaires possèdent certaines de ces compétences érotiques leur permettant de se séduire mutuellement et de maintenir un sentiment amoureux. Ainsi, ils parviennent à communiquer érotiquement de façon adéquate (El Feki, 2007).

Annexe V : Capture d'écran

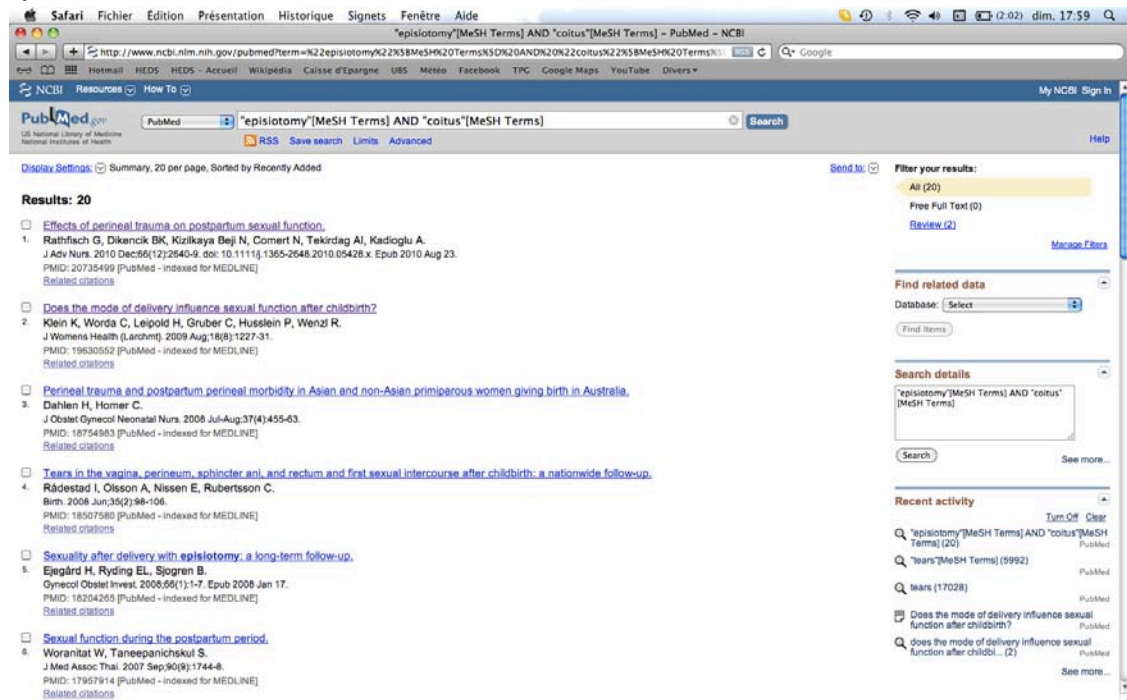
Capture d'écran de PubMed

Capture d'écran numéro 1



Tiré de : PubMed, 2011

Capture d'écran numéro 2



Tiré de : PubMed, 2011

Capture d'écran numéro 3

Safari Fichier Édition Présentation Historique Signets Fenêtre Aide

Grille d'évaluation : étiologie / causalité (ULg)

File:///Users/clemencedelpech/Documents/Sage-Femme/BachelorK203/BachelorK20Thesis/GrillesK20deK20lecture/Grilles/GrilleK20d'évaluation

Hotmail HEDS HEDS - Accueil Wikipedia Caisse d'Épargne UBS Méta Facebook TPC Google Maps YouTube Divers

Université de Liège Bibliothèque de la Faculté de Médecine

Grille d'évaluation : exposition à un agent, étiologie, causalité

[How to use an article about harm?](#)
Mitchell Levine, Stephen Walter, Hui Lee, Ted Haines, Anne Holbrook, Virginia Meyer, for the Evidence Based Medicine Working Group.
Based on the Users' Guides to Evidence-based Medicine and reproduced with permission from JAMA. (1994;271(20):1615-1619). Copyright 1995, American Medical Association

Grille d'évaluation

Évaluation critique d'un article sur les facteurs d'exposition

A. Les résultats sont-ils valides? (les résultats sont-ils vrais?)

GUIDES PRINCIPAUX

1. [A-t-on comparé des groupes de patients clairement identifiés et similaires pour des critères autres que celui étudié?](#)
2. [Les facteurs d'exposition et les issues cliniques ont-ils été mesurés de la même manière dans les groupes à comparer?](#)
3. [Y a-t-il eu un suivi suffisamment long et complet?](#)

GUIDES SECONDAIRES

4. [La séquence temporelle de l'association est-elle correcte?](#)
5. [Y a-t-il une relation dose-réponse?](#)

B. Quels sont les résultats?

1. [L'association entre l'exposition et l'issue est-elle forte?](#)
2. [Quelle est la précision de la mesure du risque?](#)

C. Les résultats vont-ils m'aider à soigner mes patients? (les résultats sont-ils utiles?)

1. [Les résultats sont-ils applicables à ma pratique?](#)
2. [Quelle est la grandeur du risque?](#)
3. [Faut-il stopper le facteur d'exposition?](#)

[Plan du site](#) | [Retour à la page d'accueil](#) | [Début de la page](#) | [Page de l'ULg](#) | [Faculté de Médecine](#)

Date de création: 05 avril 1999 — Dernière mise à jour: 18 octobre 2002 — Responsable: C. Delvenne
Pour tout commentaire ou question, veuillez vous adresser à : C.Delvenne@ulg.ac.be

Tiré de : PubMed, 2011

Annexe VI : Fiche de lecture, Radestad et, al.

Fiche de lecture :

Titre : Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up

Auteurs : Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C.

Cette étude longitudinale, a été réalisée en Suède en mai et septembre 1999, et janvier 2000. Elle a été publiée en juin 2008. Elle se focalise sur l'importance du premier rapport sexuel après un accouchement par voie basse. Le but de celle-ci est de se rendre compte de l'impact d'une déchirure vaginale, périnéale et/ou anale (sphincter/rectum) sur la reprise de la sexualité dans un couple.

En Suède 80% des femmes accouchent par voie-basse, et parmi elles, 4% ont subi une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré en 2005 (Radestad, Olsson, Nissen, & Rubertsson, 2008). Protocolairement dans ce pays, les sages-femmes suturent les traumatismes du 1^{er} et du 2^{ème} degré et les obstétriciens, ceux du 3^{ème} et du 4^{ème}.

Les sujets de l'étude, primipares ou multipares, ont été recrutés dans 593 cliniques anténatales de Suède et étudiés durant 3 périodes de 3 semaines. C'est après avoir formé consciencieusement les sages-femmes des cliniques que les patientes concernées ont été informées par écrit ou par oral de l'existence d'une étude sur leur vécu de la grossesse et de la naissance à laquelle elles étaient invitées à participer. Elles ont alors signé un consentement éclairé. Le seul critère d'exclusion était la non-compréhension du suédois. Lors de chacun des accouchements, les sages-femmes devaient remplir précisément dans le dossier le type et le lieu de la déchirure. Chaque dossier était ensuite envoyé au registre médical des naissances suédoises. Les femmes participantes à l'étude, au nombre de 2490 sur 3353 initialement recrutées, ont reçu et répondu à 3 questionnaires envoyés par e-mail :

- Le premier ; tôt dans la grossesse avait pour but de récolter des données sociodémographiques
- Le second ; à 2 mois post-partum avait pour but de récolter des données sur les modalités d'accouchement, et l'allaitement
- Le dernier ; à 1 an post-partum demandait le moment précis de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, ainsi que le mode d'alimentation de l'enfant.

Les 3 questionnaires contenaient une évaluation concernant l'existence ou non de symptômes dépressifs grâce à l'EPDS³⁵.

³⁵ EPDS : Edinburg Postnatal Depression Scale : échelle qui indique l'intensité des symptômes dépressifs dans la dernière semaine écoulée.

Les données du dernier questionnaire ont été classées selon trois périodes de temps : 0-3 mois, 3-6 mois et 6-12 mois post-partum. Chacune d'entre elles a été mise en relation avec les variables des deux questionnaires précédents et des données récoltées dans les dossiers sur l'état du périnée après l'accouchement.

Les femmes sont classées dans des groupes de la façon suivante :

- Périnée intact
- Déchirures clitoridienne ou labiales : les femmes de ce groupe n'ont subi que des lésions de cet ordre ;
- Déchirures vaginales : les femmes de ce groupe peuvent également être sujettes à des déchirures du clitoris ou des lèvres ;
- Déchirures périnéales : les femmes de ce groupe peuvent également être sujettes à des déchirures du vagin, du clitoris ou des lèvres, mais sans épisiotomie ;
- Déchirure du sphincter anal ou du rectum : les femmes de ce groupe peuvent avoir tous les autres types de déchirures, mais sans épisiotomie ;
- Toutes déchirures et épisiotomie confondues

La reprise de la sexualité de ces différents groupes a ensuite été analysée avant et après 3 et 6 mois post-partum.

Dans les tableaux, plus d'une réponse en ce qui concerne les dommages périnéaux peut être donnée, ainsi, nous ne pouvons pas savoir exactement combien de femmes appartiennent à chaque groupe.

Les résultats ont été les suivants :

- A trois mois postpartum : les femmes avec des déchirures du vagin (RR=1.5 ; 95% CI 1.2-1.8), du périnée (RR=1.4 ; 95% CI 1.1-1.6), du sphincter anal et/ou du rectum (RR=2.1 ; 95% CI 1.4-2.1) ont plus de risque de ne pas avoir repris les rapports sexuels. A ce stade, l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque statistiquement significatif (RR=1.2 ; 95%CI 0.9-1.6). Les femmes de plus de 35 ans, seules, ayant été à l'université ou allaitant au moins 2 mois ont également plus de risques de ne pas avoir repris les rapports.
- A 6 mois postpartum : les femmes avec des déchirures du vagin (RR=1.6; 95% CI 1.2-2.3), du périnée (RR=1.5 ; 95% CI 1.1-2.1), du sphincter anal et/ou du rectum (RR=2.2; 95% CI 1.1-4.6) ont plus de risques de ne pas avoir repris les rapports sexuels, comme à 3 mois post-partum. A ce stade, l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque statistiquement significatif (RR=1.1 ; 95%CI 0.7-1.8). Les femmes de plus de 35 ans ou seules sont toujours plus à risque de ne pas avoir repris les rapports, comme déjà constaté à 3 mois post-partum.
- A 12 mois post-partum, seul l'âge supérieur à 35 ans (RR=2.6 ; 95%CI 1.6-4.0) et le célibat (RR=9.2 ; 95%CI 5.1-16.4) restent des facteurs significatifs en ce qui concerne l'absence de coït.
- La primiparité ou multiparité n'est jamais un facteur statistiquement significatif de reprise ou non des rapports sexuels aux différents stades de cette étude.

Les auteurs ont donc conclu que les déchirures du vagin, du périnée, du sphincter, et de la muqueuse anale ou du rectum sont associées à une reprise des rapports sexuels différée au cours des 6 premiers mois post-partum dans l'échantillon de population étudiée. En moyenne, les femmes ont eu leur premier rapport sexuel dans les 2,9 mois suivant l'accouchement et la moitié d'entre elles avaient repris dans les deux premiers mois. Malgré l'évidence de l'impact négatif des lésions périnéales sur la fonction sexuelle, il n'est pas clair pour les auteurs que le degré du traumatisme soit un facteur décisif pour la reprise des rapports ce que confirment d'autres études réalisées sur des sujets similaires.

L'étude a été réalisée en Suède. Les auteurs soulignent que les facteurs démographiques et socioculturels peuvent influencer les résultats obtenus quant à la reprise des rapports. De plus, dans ce pays, les protocoles médicaux sont tels que le premier contrôle post-partum s'effectue à 12 semaines. Il est donc possible que les femmes ayant été suturées attendent ce rendez-vous pour oser reprendre une activité sexuelle.

Il est certain pour Radestad et al. que l'allaitement maternel retarde la reprise de la sexualité pour des raisons hormonales, comme pour les autres études de notre revue de littérature.

Enfin les limites méthodologiques de l'étude sont présentées. En effet, celle-ci ne concerne que le premier rapport sexuel et ne tient pas compte de la sexualité du couple avant et pendant la grossesse, ni de l'opinion du partenaire. De plus, les conseils donnés aux femmes à la sortie de la maternité n'ont pas été standardisés. Pour finir, la description des lésions et de leurs sutures de peuvent varier d'un centre à l'autre.

Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106. doi: BIR222 [pii] 10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x

Annexe VII : Fiche de lecture, Signorello et, al.

Fiche de lecture :

Titre: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women

Auteurs: Signorello, L., Harlow B., Chekos, A., & Repke, JT.

D'après la propre étude de la littérature des auteurs, aucune étude n'a été suffisamment bien menée pour établir un lien entre la reprise de la sexualité après un accouchement par voie basse (AVB) et le degré de traumatisme périnéal associé : de là est née leur recherche.

L'objectif de cette étude de cohorte rétrospective est donc d'étudier un grand groupe de primipares avec différents degrés de lésions périnéales, associées à d'autres facteurs de risque pouvant entrer en compte (allaitement, ethnie, poids, âge, etc...). Cette étude a été effectuée à Boston entre août 1996 et février 1997 dans le centre Brigham and Women's hospital (BHW) et approuvée par le Comité de Recherches Humaines (Human Research Committee). Elle a été publiée en avril 2001.

Les sujets de l'étude, au nombre définitif de 626 (sur 921 initialement recrutés) ont été sélectionnés de la façon suivante : ce sont des primipares à terme ayant accouché de singletons en présentation céphalique au centre BHW. Les informations ont toutes été récoltées dans les dossiers, après l'accouchement.

Les femmes étudiées ont été réparties en trois groupes :

- Groupe 1 : périnées intacts et déchirures de degré 1 ; n=211.
- Groupe 2 : déchirures de degré 2 et épisiotomies simples ; n=336.
- Groupe 3 : déchirures de degrés 3 et 4 et épisiotomies compliquées ; n=68.

Après avoir pré-identifié les femmes grâce à l'étude de leur dossier et avoir obtenu leur consentement éclairé, un questionnaire leur a été envoyé par e-mail. Les questions suivantes étaient incluses dans le questionnaire : temps de reprise des rapports sexuels depuis l'accouchement, présence ou absence de dyspareunies, sensation, satisfaction et probabilité d'atteindre l'orgasme. Chaque item est à remplir avant l'accouchement, à 3 et 6 mois post-partum. De plus, des paramètres démographiques et anthropométriques étaient inclus dans le questionnaire.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

- A 6 mois post-partum : 94,8% des femmes du groupe 1, 89,2% des femmes du groupe 2 et 92,5% des femmes du groupe 3 ont repris les rapports sexuels. Un quart des femmes étudiées disent avoir moins de sensation, de satisfaction et d'aptitude à atteindre l'orgasme lors des rapports en comparaison d'avant la naissance. Après un accouchement instrumenté, les dyspareunies sont plus

fréquentes et se prolongent (OR=2.5 ; 95% IC 1.3-4.8). Les femmes qui allaitent ont 4 fois plus de risques de souffrir de dyspareunies (OR=4.4 ; 95% IC 2.7-7.0).

- La probabilité de souffrir de dyspareunies augmente de façon statistiquement significative avec le degré de lésion périnéale mais ces douleurs diminuent avec le temps (41% des femmes en souffrent à 3 mois post-partum, 22% à 6 mois).
- Les antécédents de dyspareunies avant l'accouchement se révèlent significatifs sur celles ressenties lors du premier rapport et à 6 mois post-partum (OR=2.4 ; 95% IC 1.4-4.1).

Parmi toutes les données étudiées, de nombreuses se révèlent non significatives telles que l'ethnie, le poids de naissance de l'enfant, le temps de travail, l'indice de masse corporelle, l'éducation et la cohabitation avec le partenaire.

Selon les auteurs de cette étude, et les résultats d'autres effectuées sur le sujet, la majorité des femmes ont repris les rapports sexuels entre 2 et 4 mois post-partum. Les facteurs associés (âge maternel, allaitement, ethnie) sont souvent mal connus. Selon cette étude, un périnée intact facilite la reprise des rapports. Les dyspareunies des femmes qui allaitent peuvent être expliquées par des causes hormonales (Signorello, Harlow, Chekos, & Repke, 2001) mais également comportementales pour d'autres auteurs (désintéressement de la femme pour son conjoint, fatigue...). En ce qui concerne le facteur de risque de l'âge maternel supérieur à 35 ans, il n'y a pas de justification claire trouvée. De plus, les auteurs de cette étude soulignent le fait qu'aucune donnée précise n'a été récoltée concernant l'allaitement chez ces femmes (fréquence, durée, allaitement à la demande ou selon des horaires définis...) ce qui les rend incapables de déterminer l'impact réel de celui-ci sur l'intensité des douleurs lors du coït. En ce qui concerne le taux de dyspareunie dans cette étude, il reste plus important à 6 mois post-partum que dans des études de plus petite échelle n'incluant que des primipares (Abraham, Child, Ferry, Vizzard, & Mira, 1990). Dans celles qui prennent en compte des multipares, il semblerait que le taux de dyspareunies diminue plus rapidement dans le temps. De plus, suite à un accouchement instrumenté, les femmes seraient 2,5 fois plus sujettes aux dyspareunies à 6 mois post-partum. Les auteurs expliquent ces données par les dommages mécaniques causés par les instruments au niveau du vagin et du périnée. Comme les déchirures spontanées, l'épisiotomie retarde la reprise de la sexualité, cependant, il est difficile pour les auteurs de se positionner sur l'impact réel de celle-ci : cela est-il dépendant de son type (médiane ou médio-latérale) ? Certaine étude (Klein et al., 1994) démontre que les femmes avec une épisiotomie (85,6%) sont plus algiques lors du premier rapport que celles qui ont subi une déchirure (79,2%). Ces différences s'estompent à partir de 3 mois post-partum. Il est intéressant de souligner que près d'un quart des femmes ayant accouché sans lésion périnéale rapportent un plaisir augmenté lors des rapports sexuels comparé à avant la naissance. Une étude effectuée au début des années 1980

arrive à des conclusions similaires (Robson, Brant, & Kumar, 1981). Les auteurs soulignent le fait que les femmes célibataires ou vivant seules ont été incluses dans l'étude ce qui pourrait biaiser les résultats. Concernant la pratique obstétricale, les auteurs concluent qu'il est important d'éviter les accouchements instrumentés et de protéger au mieux le périnée des parturientes.

-
- Abraham, S., Child, A., Ferry, J., Vizzard, J., & Mira, M. (1990). Recovery after childbirth : a preliminary prospective study. *Med.J.Aust*, 153(1), 9-12.
- Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., . . . Guralnick, M., S. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. [S0002937894002061 pii]. *Am.J.Obstet.Gynaecol.*, 171(3), 591-598.
- Robson, K. M., Brant, H. A., & Kumar, R. (1981). Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br.J.Obstet.Gynaecol.*, 88(9), 882-889.
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 184(5), 881-888 ; discussion 888-890. doi : S0002-9378(01)55770-1[pil]. 10.1067/mob.2001.113855

Annexe VIII : Fiche de lecture, van Brummen et, al.

Fiche de lecture :

Titre : Wich factors determine the sexual function 1 year after childbirth ?

Auteurs : van Brummen, HJ., Bruinse, HW., van de Pol, G., Heintz, APM., & van der Vaart, CH.

Cette étude, réalisée au Pays-Bas entre janvier 2002 et juillet 2003, a pour objectif d'évaluer quels facteurs influent l'activité sexuelle et la satisfaction qui en découle une année après le premier accouchement (van Brummen, Bruinse, van de Pol, Heintz, & van der Vaart, 2006). Le questionnement des auteurs est né suite à l'augmentation, dans les médias, d'articles vantant les bienfaits de la césarienne sur la sexualité. Cette étude de cohorte a été acceptée par le comité d'éthique médicale de l'université du centre médical Utrecht et publiée en 2006.

Les femmes ont été sélectionnées selon les critères suivants : primipares enceintes de singleton entre 12 et 18 semaines de gestation, hétérosexuelles, présentant des grossesses à bas risque, parlant le néerlandais. Les critères d'exclusion étaient la présence d'antécédents de chirurgie et/ou, d'anomalies urogynécologique ou anale, de diabète, ou de troubles neurologiques. Elles ne devaient pas avoir d'enfant à charge. Le recrutement des patientes s'est fait dans 10 centres d'obstétrique. Toutes les participantes ont signé un consentement éclairé et ont reçu un questionnaire à 12 et 36 semaines de gestation ainsi qu'à 3 et 12 mois post-partum. Ce questionnaire standardisé et validé contient 15 items en rapport avec le statut marital et la satisfaction sexuelle (MMQ). Chaque question se cote de 0 à 9 points. Ce questionnaire se penche sur les adaptations d'un point de vue maritales et sexuelles. Une échelle allant de 0-40 permet d'évaluer des changements sexuels, et une autre de 0-80 les changements maritaux. Plus les scores sont hauts, plus les adaptations des patientes sont efficaces.

Les auteurs interrogent également les femmes sur la date de leur premier rapport sexuel après l'accouchement.

D'autres facteurs sont inclus dans la relation du couple, le traumatisme périnéal, tel que le mode d'accouchement, le poids de naissance de l'enfant, le temps de travail, l'activité sexuelle et le degré de satisfaction à 12 semaines de gestation. 377 femmes sur 524 ont été incluses dans l'étude. Aucune de ces femmes n'allaita à 1 an post-partum.

Les rapports sexuels sont définis par les auteurs comme l'insertion du pénis en érection dans le vagin, et cela de façon indépendante de la durée, ou d'une éjaculation.

De nombreuses données se sont révélées non statistiquement significatives à 1 an post-partum telles que :

- Toutes les données sociodémographiques : âge maternel et paternel, cohabitation, durée de la relation, et l'IMC
- Les données obstétricales suivantes : le poids de l'enfant, le déroulement de la deuxième phase du travail, les modalités d'accouchement (accouchement voie-basse spontané, accouchement instrumenté, et césarienne),

Les résultats significatifs trouvés par les auteurs sont les suivants :

- Un haut degré de déchirure (3^{ème} ou 4^{ème} degré) augmenterait significativement de 5 fois le risque de ne pas être sexuellement satisfaite comparé aux femmes dont le périnée est intact (OR=0.2 95% CI 0.04-0.93) à 1 an post-partum
- Les femmes d'âge plus avancé au moment de l'accouchement reprendraient les rapports sexuels plus tard que les autres ($p=0.004$).
- Les résultats les plus probants de l'étude seraient le lien entre l'absence de rapport sexuel (OR=11.02, 95% CI 4.01-30.4) ou de satisfaction ($p=0.004$) dès 12 semaines de gestation et la non reprise de ceux-ci à 1 an post-partum.

Les chiffres de cette étude concernant la date de reprise de la sexualité concordent avec ceux provenant d'études effectuées à la même époque. Les auteurs de l'étude appuient sur l'importance du lien entre l'absence de rapport sexuel à un an post-partum, ou la présence de dyspareunies, avec le fait de ne déjà plus être sexuellement active tôt dans la grossesse. Les auteurs interprètent peu le MMQ dans leurs résultats.

Cependant, aucune donnée concernant le vécu de la sexualité n'est récoltée auprès des femmes avant leur grossesse. En effet, le questionnaire utilisé par les auteurs n'inclut pas de question directement ciblée sur les dyspareunies. Ainsi, il est impossible pour ceux-ci de faire un lien entre le type d'accouchement (ventouse, forceps) et les douleurs ressenties, contrairement à d'autres études qui se sont orientées dans ce sens.

Les auteurs discutent ensuite d'un autre résultat significatif. Comme dans les études précédemment étudiées, un âge maternel avancé détermine une reprise différée des rapports sexuels ainsi que le plaisir ressenti par les femmes au cours de ceux-ci. Ce facteur est difficilement explicable pour van Brummen et al. Ils supposent que le mode de vie, la carrière professionnelle, ou un processus de cicatrisation plus long peuvent entrer en cause. Les auteurs soulignent plusieurs biais à leur étude, notamment les suivants : la sélection de la population, le fait que les termes du questionnaire puissent être mal interprétés, que les femmes le remplissent seules, ou encore l'absence d'inclusion des partenaires dans la recherche.

Au final, seules 23 femmes sur 377 n'ont pas repris les rapports sexuels à 1 an post-partum, ce que les auteurs décrivent comme un petit nombre. Ils précisent qu'à leur avis, l'absence de sexualité à ce stade n'est probablement plus dépendante de la grossesse ou de l'accouchement

van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., van de Pol, G., Heintz, A. P., & van der Vaart, C. H. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG*, 113(8), 914-918. doi: BJO1017 [pii] 10.1111/j.1471-0528.2006.01017.

Annexe IX : Fiche de lecture, Buhling et, al.

Fiche de lecture :

Titre : Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery
Auteurs: Buhling, KJ., Schmidt, S., Robinson, J., Klapp, C., Siebert, G., & al.

Dans leur introduction, les auteurs soulèvent différents faits, notamment la modification des attentes des parents face à la naissance, l'évolution de l'obstétrique, l'augmentation du taux de césariennes... Il leur semble important que l'obstétrique moderne prenne en compte des sujets tels que les dyspareunies du post-partum, le temps de reprise des rapports sexuels ainsi que l'influence potentielle des interventions obstétricales sur la vie intime des couples. Bien qu'ils aient constaté la présence de recherches fiables sur le sujet, ils remarquent le manque notable d'attention qui leur est porté ce qu'ils trouvent regrettables. C'est donc dans le but d'évaluer à leur tour l'influence des modalités d'accouchement sur la sexualité qu'ils ont lancé cette étude.

Cette étude a été réalisée dans un grand centre de référence allemand entre mai 1997 et mai 1999 et publiée en 2006. L'étude et le questionnaire utilisés ont été approuvés par le Comité de Révision Interne (Internal Review Board) de l'institution concernée.

La méthodologie de cette étude a été de recruter des femmes primipares de nationalité allemande ayant accouché au cours de la période susmentionnée. Elles ont reçu par e-mail un questionnaire comprenant 16 items concernant leur comportement sexuel et la présence ou non de dyspareunies avant, pendant et après l'accouchement. Toutes ces femmes ont accouché avec des obstétriciens expérimentés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Accouchement après 37 SA ;
- Enfant vivant afin de limiter les biais (traumatisme psychologique).

Sur les 1613 patientes initialement contactées, 655 ont répondu aux e-mails soit 40,6%. Elles ont ensuite été réparties comme suit en quatre groupes :

- Accouchement par voie basse avec périnée intact, que l'on nommera « AVB_{sp} » : n=119 patientes ;
- Accouchement par voie basse avec épisiotomie ou déchirure (nécessitant une suture), que l'on nommera « AVB_{sut} » : n=326 ;
- Accouchement instrumenté pour lesquels une épisiotomie systématique a été pratiquée, que l'on nommera « AVB_{instru} » : n=148 ;
- Césarienne (élective ou en cours de travail), que l'on nommera « César » : n=62 patientes.

Les auteurs n'ont pas seulement interrogé les patientes sur la présence de dyspareunie mais également sur la notion de plaisir sexuel au cours des rapports (ne signifiant pas nécessairement orgasme). A la sortie de la maternité, les patientes ont reçu pour recommandation de ne pas reprendre les rapports sexuels avant deux semaines.

Les patientes ayant accouché peu de temps avant l'envoi du questionnaire ont été plus nombreuses à répondre ainsi que celles des groupes « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} ». En effet, 46% et 52% des femmes des groupes « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} » ont répondu comparé à un taux moyen de réponses de 41% tous groupes confondus.

Différentes données sociodémographiques ont été analysées par les auteurs. Parmi celles-ci, seuls un âge maternel plus avancé et un périmètre crânien fœtal plus élevé entraînent un taux de réponses significativement plus élevé. D'autres données telles que le BMI, l'âge gestationnel ou le bien être fœtal n'influencent pas le taux de réponses.

Les résultats concernant la sexualité sont les suivants :

- 47% des femmes ont repris les rapports sexuels dans les 8 semaines après l'accouchement, sans différence entre les groupes ;
- Le degré de douleur au cours du premier rapport présente des différences significatives selon les modalités d'accouchement :
 - 69% des femmes ont noté une douleur au cours du premier rapport sexuel ;
 - Les femmes des groupes « AVB_{sp} » ainsi que celles du groupe « César » ont rapporté moins de douleurs en comparaison des femmes des groupes « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} ». Par exemple, 44% et 46% des femmes des groupes « AVB_{sp} » et « César » respectivement n'ont rapporté aucune douleur au cours du premier rapport sexuel contrairement à 26% des femmes des groupes « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} » ;
 - Les patientes du groupe « AVB_{instru} » sont celles qui rapportent le plus de douleurs sévères comparées à tous les autres groupes (10% contre 5,2%, 4,3% et 7,6% pour les groupes « AVB_{sp} », « César » et « AVB_{sut} » respectivement).
- Les différents sites et causes de dyspareunies rapportés sont les suivants :
 - Douleurs à la fourchette vulvaire : 26% ;
 - Douleurs au vestibule vaginal : 16% ;
 - Peur : 11% ;
 - Manque de lubrification : 10% ;
 - Autres raisons : 6%.

La totalité des taux de plainte entre les femmes des groupes « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} » est identique. Les patientes des autres groupes rapportent moins de problèmes.

La persistance des dyspareunies pendant plus de 6 mois se répartit comme suit :

- 3.5% pour le groupe « AVB_{sp} » ;
- 3.4 % pour le groupe « César » ;
- 11% pour le groupe « AVB_{sut} » ;
- 14% pour le groupe « AVB_{instru} ».

92% de toutes les répondantes rapportent avoir du plaisir sexuel à 3 mois post-partum. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en termes de plaisir sexuel.

C'est l'étude la plus vaste qui ait été menée sur ce sujet en Allemagne. Le taux de réponses reflète l'intérêt porté par les femmes à cette problématique. En conséquence, l'échantillon sélectionné peut-être biaisé et ne pas être complètement représentatif de la population. En effet, les femmes avec des problèmes ont peut-être eu plus tendance à répondre au questionnaire.

Les auteurs suggèrent que ce biais de sélection affecte tous les groupes à part égale et que le grand nombre de questionnaires retournés est la preuve que les données sont utilisables.

La majorité des couples ont souvent des appréhensions à reprendre les rapports sexuels dans les premières semaines suivants l'accouchement, notamment si la femme a du être suturée. Malgré les recommandations données à l'hôpital, de nombreuses femmes préfèrent attendre leur contrôle post-partum à 6-8 semaines post-partum avant de reprendre les rapports sexuels.

Les auteurs notent que 47% des femmes ayant participé à leur étude avaient repris les rapports sexuels dans les 8 semaines suivant l'accouchement.

Ils relèvent le fait que leurs résultats concernant la douleur et les dyspareunies sont en adéquation avec d'autres études effectuées sur le sujet (Abraham, Child, Ferry, Vizzard, & Mira, 1990 ; Barrett et al., 1999 ; Bex & Hofmeyr, 1987 ; Fischman, Rankin, Soeken, & Lenz, 1986 ; Goetsch, 1999).

Les auteurs abordent ensuite la question de la césarienne à la demande afin de prévenir les dyspareunies dans le post-partum.

Cependant, leur questionnaire rapporte le plaisir évoqué par les couples des différents groupes durant les 3 premiers mois post-partum indépendamment des modalités d'accouchement.

De plus, ils soulèvent l'importance de la prise en compte des problèmes d'incontinences urinaires et fécales ainsi que des lacérations des tissus vulvaires dans les troubles sexuels.

En Allemagne, de plus en plus de femmes enceintes demandent une césarienne électorale par peur de la douleur, sentiment de sûreté plus grand pour leur enfant et impatience de la naissance. Jusqu'à récemment, la sexualité féminine n'était pas un point capital de la discussion concernant les possibles avantages et inconvénients des différents modes d'accouchement. Les nouvelles

demandes des femmes tendent à prouver que la tendance se renverse. Il est donc important, selon les auteurs, de placer ce point au centre de la discussion avec les femmes dans le post-partum mais aussi dans le prénatal dans le conseil pour le choix du mode d'accouchement.

-
- Abraham, S., Child, A., Ferry, J., Vizzard, J., & Mira, M. (1990). Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Medical journal of Australia*, 152(1), 9-12.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (1999). Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Archives of sexual behavior*, 28(2), 179-191.
- Bex, P. J., & Hofmeyr, G. J. (1987). Perineal management during childbirth and subsequent dyspareunia. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 14(2), 97-100.
- Fischman, S. H., Rankin, E. A., Soeken, K. L., & Lenz, E. R. (1986). Changes in sexual relationships in postpartum couples. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 15(1), 58-63.
- Goetsch, M. F. (1999). Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *The Journal of reproductive medicine*, 44(11), 963-968.

Annexe X : Fiche de lecture, Safarinejad et, al.

Fiche de lecture :

Titre : The effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfatction in Primiparous Women and Their Husband

Auteurs : Safarinejad, MR., Kolahi, AA., & Hosseini, L.

Cette étude a pour origine le questionnement de ses auteurs autour de l'impact important des troubles sexuels sur l'estime de soi, la qualité de vie, les problèmes de couple et l'absence de littérature à ce sujet. Ils soulèvent également dans leur introduction l'évolution de la sexualité au 20^{ème} siècle, l'augmentation marquée du taux de césarienne au cours de cette même période et s'interrogent sur la corrélation de ces faits avec l'accouchement et du post-partum. Cette étude prospective, réalisée en Iran et publiée en 2009 dans « The Journal of Sexual Medecine », a donc pour but d'évaluer l'impact des modalités d'accouchement sur la qualité de la vie et de la sexualité des femmes et de leur mari dans la première année post-partum.

Les femmes et leur mari ont été recrutés entre janvier 2006 et juillet 2007 lors de leur première consultation prénatale chez le gynécologue. L'étude leur a été présentée et les différents questionnaires associés explicités. Ceux-ci ont signé un consentement éclairé avant le début de l'étude dont le protocole a été validé par « The Human Ethics Committee ». Des couples ont été recrutés jusqu'à ce que la taille prédéterminée des échantillons de chaque groupe soit atteinte selon les stricts critères d'inclusion et d'exclusion ci-après :

- Critères d'inclusion :
 - Femme primipare ;
 - 21-32 ans ;
 - En bonne santé ;
 - Bas risque obstétrical ;
 - Classe moyenne ;
 - Grossesse et accouchement non compliqué ;
 - Singleton ;
 - Enfant vivant ;
 - Naissance > 37 SA ;
 - Contrôle prénatal mensuel pour prouver leur état de santé (consultation, examens sanguin, urinaire et échographique) ;
 - Non fumeuses ;
 - Ne consommant aucune substance illicite, alcool ou drogue ;
 - Prescription de fer et de vitamines.

- Critères d'exclusion :
 - Fonction sexuelle évaluée comme anormale dans les différents domaines testés et ne pouvant pas être suivis pendant 12 mois après l'accouchement ;
 - Antécédent de traitement pour dysfonction sexuelle ;
 - Malformations fœtales ;
 - RCIU, macrosomie ;
 - Maladie chronique maternelle ;
 - Obésité (BMI ≥ 30 kg/m²) ;
 - Multiparité ;
 - Présentation non céphalique ;
 - Accouchement avant 37 SA ;
 - Diabète gestationnel ou sucré ;
 - TA pathologique ;
 - Protéinurie pendant la grossesse ;
 - Maladie cardiaque, rénale, ou hépatique ;
 - Pré-éclampsie ;
 - Thrombose ;
 - Hémorragie ante-partum ;
 - Tout critère pouvant influencer la fonction sexuelle (problème de couple, psychopathologie, retard mental, maladie physique telle qu'un cancer, un accident vasculaire cérébral, une maladie coronarienne, des troubles neurologiques, une atteinte à la colonne vertébrale), dépendance, fumer plus de 5 cigarettes/jour, boire plus de 150g d'alcool par semaine, prendre un médicament qui influe sur la fonction sexuelle, problème de taux d'hormones sexuelles dans le sang, prolactine, créatinine, enzyme du foie).

Une fois cette sélection effectuée, la population a été divisée comme suit en cinq groupes en fonction de leur modalité d'accouchement et du traumatisme périnéal éventuellement associé :

- Groupe A, que l'on nommera par la suite « AVB_{sp} »: 169 femmes accouchées par voie basse sans traumatisme périnéal.
- Groupe B, que l'on nommera par la suite « AVB_{sut} »: 167 femmes accouchées par voie basse avec épisiotomie, déchirure périnéale et tout autre cause de suture.
- Groupe C, que l'on nommera par la suite « AVB_{instru} »: 165 femmes accouchées par voie basse de manière instrumentée (forceps ou ventouse). A noter que ce groupe a systématiquement subi une épisiotomie. La différence entre le groupe B et C est donc la traction de la tête fœtale.
- Groupe D, que l'on nommera par la suite « César_{élect} »: 168 femmes accouchées par césarienne élective. Ce groupe a été désigné comme de référence pour l'analyse statistique.

- Groupe E, que l'on nommera par la suite « César_{urg} »: 167 femmes accouchées par césarienne en urgence. Dans cette étude, une césarienne en urgence est indiquée lors d'arrêt de la progression de la dilatation, non progression de la présentation supérieure à une heure si la dilatation est complète, une pré-éclampsie, un terme dépassé, une rupture prolongée des membranes avec un score de Bishop défavorable et un préjudice à l'état fœtal.

Cette étude a utilisé des questionnaires internationalement reconnus. Ils sont au nombre de quatre :

- FSFI (Female Sexual Function Index): évalue la sexualité chez les femmes au cours des 4 dernières semaines. Celui-ci est composé de 19 questions touchant les six domaines suivants : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et les dyspareunies. Chacun de ces domaines est doté d'un facteur prédéfini (respectivement 0.6 ; 0.3 ; 0.3 ; 0.4 ; 0.4 ; 0.4) et chacune des réponses à ces questions correspond à un score allant de 0 ou 1 à 5 selon les questions. Le résultat final est obtenu par addition de ceux-ci en fonction de leur facteur associé. Les résultats peuvent varier de 2.0 à 36.0 points. Plus le score est élevé, moindre sont les troubles sexuels et inversement. Un score inférieur à 65% au maximum possible dans un domaine correspond à un trouble spécifique de celui-ci et cela indépendamment du score final.
- IIEF (International Index of Erectile Function): évalue cinq domaines de la fonction sexuelle masculine : la fonction érectile, la fonction orgasmique, le désir sexuel, la satisfaction pendant les rapports sexuels et la satisfaction générale. Il se compose de quinze questions. Un score bas est corrélé à des troubles de la fonction sexuelle masculine. Un score inférieur à 25/30 pour la fonction érectile est considéré comme un trouble de l'érection.
- SF-36 : évalue la qualité de vie (QOL : Quality Of Life) en lien avec la santé au cours des quatre semaines précédentes. C'est un outil diagnostic standard qui traite des neuf domaines suivants : la santé générale, les modifications de celle-ci, le fonctionnement physique, les limites dues à la santé physique ou à un problème émotionnel, le fonctionnement social, la douleur, l'énergie, la fatigue et le bien être émotionnel. Ceux-ci sont divisés en deux sous-groupes : santé physique et mentale. Le questionnaire se compose de 11 questions complexes dont les réponses sont corrélées à un nombre de points prédéterminé. L'analyse finale des résultats aboutit à un score allant de 0 à 100 points. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie (Richard, 2000).
- Echelle d'évaluation de la satisfaction sexuelle proposée par Kim and Paick : évalue la satisfaction sexuelle sur une échelle de 0 à 5, 0 correspondant à une satisfaction minimale et 5 à une satisfaction maximale.

Les questionnaires expliqués, nous allons à présent détailler la façon dont les données ont été recueillies.

Les femmes ont rempli le FSFI, le SF-36 et l'échelle de Kim and Paick à 24 SA puis chaque mois post-partum. Elles ont également tenu un journal de bord relatant les événements sexuels avec leur conjoint et ce, en prénatal et en post-partum. Les valeurs de référence ont été déterminées par le nombre d'événements sexuels par semaine survenus durant les 2 mois avant la grossesse. Dans l'ensemble, les femmes recrutées n'ont pas augmenté ce nombre pendant cette dernière.

Le protocole a été le même concernant le IIEF, le SF-36 et l'échelle Kim and Paick pour les hommes.

Les couples ont été reçus séparément par la même personne afin de remplir ces questionnaires.

Chaque membre du couple a également été l'objet d'une anamnèse médicale générale complète comprenant des examens physiques, un interrogatoire diagnostique sur leur état mental et physique et un bilan sanguin complet avec une attention particulière portée aux hormones sexuelles (FSH, LH, oestradiol chez les femmes et FSH, LH et testostérone chez les hommes). Les données sociodémographiques de chaque couple ont également été référencées.

Au final, sur les 1248 femmes initialement recrutées, 912 ont été sélectionnées et 836 ont suivi le protocole du début à la fin.

Les différences entre les groupes en termes démographique, caractéristiques cliniques et nombre de patientes ne sont pas statistiquement significatives ($p=0.1$) ce qui rend les groupes comparables entre eux.

Les résultats principaux de l'étude concernant les femmes sont les suivants :

- Reprise des rapports sexuels à 8 semaines post-partum :

Il y a des différences significatives dans la reprise de la sexualité dans les différents groupes excepté entre les « AVB_{sut} » et « César_{urg} » ($p=0.08$). Le groupe « César_{élect} » a le plus fort taux de reprise (64,3%) et celui « AVB_{instru} » le plus bas (32,7%). 37,1% des femmes du groupe « AVB_{sut} » et 42,6% du groupe « AVB_{sp} » ont repris les rapports au même moment.

- Fréquence des rapports sexuels à 3, 6 et 12 mois post-partum :

On constate des différences significatives entre le nombre de rapports sexuels par semaine selon les différents groupes. Le nombre de rapports sexuels par semaine augmente au fil des mois dans tous les groupes au cours de la 1^{ère} année post-partum. Le groupe « AVB_{instru} » est celui qui compte le moins de RS par semaine contrairement au groupe « César_{élect} » qui en compte le plus. Le groupe « AVB_{sp} » passe d'environ 1,8 à 2,3 rapports sexuels par semaine entre 3 et 12 mois post-partum. Le groupe « AVB_{sut} » passe de 1,6 à 2,1 rapports sexuels par semaine entre 6 et 12 mois post-partum.

- Désir sexuel :

Une association positive et significative a été démontrée entre les modalités d'accouchement et le désir sexuel :

- à 3 mois post-partum, le groupe « César_{élect} » connaît la plus petite diminution du désir sexuel par rapport au niveau de base établi comparé au groupe « AVB_{instru} » qui connaît la plus forte ($p=0.001$). Des troubles du désir sexuel ont été relevés dans les groupes « AVB_{sut} » ($p=0.01$), « César_{urg} » ($p=0.01$). Les auteurs notent également que la différence est significative en terme de diminution du désir entre les groupes « César_{élect} » et « AVB_{sp} » où respectivement 20,2% et 46,7% des femmes souffrent de troubles du désir (OR=2,2 ; IC :1,6-3,8).
- A 6 et 12 mois post-partum, les pourcentages de femmes présentant des troubles du désir sexuel ont diminué dans tous les groupes de manière significative. Pour ne citer que les résultats en lien avec notre question de recherche, le pourcentage de femmes atteintes de troubles du désir dans le groupe « AVB_{sp} » passe de 79% à 3 mois post-partum à 41% à 6 mois post-partum pour descendre à 27% à 1 an post-partum. En ce qui concerne le groupe « AVB_{sut} », les pourcentages aux mêmes échéances sont de 92%, 50% et 31%.
- Comme explicité précédemment, le FSFI ne traite pas uniquement des troubles du désir sexuel mais recherche également les troubles de l'orgasme, de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de la satisfaction sexuelle ainsi que le degré de dyspareunie. Les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les femmes appartenant au groupe « César_{élect} » sont les moins touchées par ces différents troubles contrairement aux femmes du groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus. Quel que soit le groupe, les troubles vont en diminuant au fil de la première année suivant la naissance.

Les résultats principaux de l'étude concernant les hommes sont les suivants :

- A 3 mois post-partum, 30,4% des hommes rapportent des troubles de la fonction érectile. Les hommes dont les femmes ont subi un accouchement instrumenté sont les plus touchés (43,9% à 3 mois post-partum et 21,6% à 1 an post-partum) contrairement à ceux dont les femmes ont accouché par césarienne électorale qui sont les moins touchés (12,5% à 3 mois PP et 1,2% à 1 an post-partum). Les hommes dont les femmes ont accouché par voie basse avec périnée intact sont 28,4% et 8,6% à être touchés respectivement à 3 et 12 mois PP. Ceux dont les femmes ont subi une épisiotomie ou ont été déchirées sont respectivement 37,1% et 12,4% à 3 et 12 mois post-partum.
- Comme explicité précédemment, le IIEF ne traite pas uniquement des troubles du désir sexuel mais recherche également les troubles de l'orgasme, du désir, de la satisfaction générale et pendant les rapports

sexuels. Les résultats de ces différentes catégories, dans des pourcentages différents, suivent le même schéma que le désir sexuel à savoir que les hommes dont les femmes appartiennent au groupe « César_{élect} » sont les moins touchés par ces différents troubles contrairement aux hommes dont les femmes appartiennent au groupe « AVB_{instru} » qui en souffrent le plus. Quel que soit le groupe, les troubles vont en diminuant au fil de la première année suivant la naissance.

- Satisfaction sexuelle chez les couples :

A 3, 6 et 12 mois PP, les couples les plus sexuellement satisfaits sont, par ordre décroissant : « César_{élect} » → « AVB_{sp} » → « César_{urg} » → « AVB_{sut} » → « AVB_{instru} » (62% de satisfaction sexuelle chez les femmes et 55% chez les hommes à 1 an PP contrairement à tous les autres groupes qui sont au dessus de 68%).

- Qualité de vie :

Selon le questionnaire SF-36, la qualité de vie a diminué de manière significative dans tous les couples. A 3 mois post-partum, la répartition se fait comme suit dans la catégorie « santé générale » :

- Une diminution respective de -18.2%, -34.5%, -42.5%, -48.5%, -58.6% pour les groupes « César_{élect} », « César_{urg} », « AVB_{sp} », « AVB_{sut} » et « AVB_{instru} » chez les femmes. La chute de la santé générale est également la plus significative chez les hommes dont la femme a subi un accouchement instrumenté, notamment par forceps. Ces résultats vont en s'améliorant à 6 et 12 mois post-partum.

Nous ne développerons que ce point du questionnaire SF-36 mais il est nécessaire de préciser que tous les autres paramètres de celui-ci cités ci-dessus suivent une fois de plus le même schéma. Il est à relever que les données « santé générale » et « santé physique » du groupe « César_{élect} » ne sont pas significatives ($p=0.06$).

Cette étude est la première à s'intéresser à la relation entre les modalités d'accouchement en lien avec la fonction et la satisfaction sexuelle, la qualité de vie et ce, chez les femmes ET leur mari. Les auteurs stipulent que l'accouchement par voie basse et la césarienne en urgence sont associés à un risque augmenté de troubles sexuels au sein des couples, la césarienne élective apparaissant donc comme un facteur protecteur de ceux-ci. Ils affirment également que les modalités d'accouchement seraient responsables de tout trouble dans la fonction sexuelle.

Ils exposent les avantages suivant à leur étude :

- Echantillon grand et représentatif de la population ;
- Etude prospective, qui permet d'étudier les effets causes-conséquences en temps réel ;
- Nombreux paramètres évalués ;
- Attention particulière portée au biais de sélection ;

- Choix de questionnaires internationalement reconnus dans la recherche de trouble sexuel.

Les auteurs suggèrent, suite à des résultats convaincants, que l'accouchement par voie basse est souvent corrélé à une incidence de troubles sexuels chez les femmes et leur mari et ce, à 3, 6, et 12 mois post-partum de manière toujours significative.

D'autres études étudient le développement de troubles sexuels en rapport avec les modalités d'accouchement, mais aussi de la parité et du travail, points que les auteurs de cette étude ne prennent pas en compte.

Avant d'orienter la discussion sur la césarienne, ils expliquent pourquoi il leur est difficile de comparer leur étude aux autres : elles contiennent toutes de nombreux biais, aussi bien en termes de sélection de la population que de choix des questionnaires.

Ils notent, et cela depuis l'introduction, que le taux de césariennes planifiées augmente. Selon eux, cette augmentation serait majoritairement due aux césariennes « à la demande ». Ils expliquent cela par le fait qu'une peur grandissante concernant les séquelles à long terme sur le plancher pelvien lors d'un accouchement par voie basse s'est installée chez les femmes depuis quelques années. La sexualité est influencée par la grossesse et la naissance suite à des changements physiques et émotionnels (Pastore, Owens, & Raymond, 20). Les principales sources d'informations des femmes à propos des notions de « dégâts irréversibles » de l'accouchement sont la famille et les amis (36%), le personnel médical (22%) et enfin les médias (11%) (Manthata, Hall, Steyn, & Grove, 2006).

De nombreuses études s'accordent à dire que les forceps et les déchirures importantes, qu'ils surviennent chez des primipares ou des multipares, ont un impact sur la vie sexuelle (Brubaker et al., 2007 ; Richter et al., 2002 ; Robinson, Norwitz, Cohen, McElrath, & Lieberman, 1999).

Les auteurs de celles-ci expliquent que le fait de calculer une ligne de base de la fréquence des rapports sexuels dans les 2 mois qui précèdent une grossesse pourrait être un biais, car les couples qui désirent un enfant ont souvent tendance à augmenter ou planifier leurs rapports sexuels. Ils assurent que les couples n'ont pas suivi ce schéma dans leur étude ce qu'ils décrivent comme inhabituel. Le IIEF et le FSFI étudient habituellement la fonction sexuelle chez les hommes et les femmes durant les quatre dernières semaines écoulées. Cette période a été augmentée à 8 semaines dans le cas de la récolte en anténatal afin de diminuer le biais.

Ils notent que certains paramètres, tels que la maladie, le sommeil de l'enfant, etc. peuvent influencer la sexualité des couples mais ne considèrent pas cela comme un biais puisque tous les groupes sont touchés de la même façon. Cependant, ils relèvent tout de même que les facteurs : individuel, sociodémographique, style de vie et caractéristiques maritales peuvent se révéler jouer un rôle important sur la vie sexuelle des couples (Gungor, Baser, Ceyhan, Karasahin, & Acikel, 2007.)

De plus, ils soulèvent le fait que l'étude est prospective et le décrivent comme un point très positif de celle-ci. Parallèlement, ils insistent sur la stricte sélection de la population en regard de la taille de l'échantillon, point fort également.

Par la suite, les auteurs remarquent que le mode d'accouchement sur la fonction sexuelle est un débat loin d'être achevé. En effet, il est connu qu'un accouchement par voie basse expose le périnée à des lésions, notamment chez des femmes primipares, lors d'accouchements instrumentés ou de macrosomie, facteurs qui seraient responsables de troubles de la fonction sexuelle (Richter et al., 2002). Le système urinaire est également à risque d'être touché (incontinence) (Rortveit, Daltveit, Hannestad, & Hunskaar, 2003). Ils mettent ces résultats en relation avec d'autres études ayant comparé ces facteurs de risque en fonction du mode d'accouchement (voie basse ou césarienne). Cette dernière éviterait selon eux bon nombre de ces désagréments (Lukacz, Lawrence, Contreras, Nager, & Luber, 2006). Dans leur étude, il apparaît que les femmes subissant un accouchement instrumenté sont les plus à risque de développer des troubles de la fonction sexuelle par la suite ce que confirment d'autres études (Al-Mufti, McCarthy, & Fisk, 1997 ; Benedetto et al., 2007; Hannah, 2004; Jackson & Paterson-Brown, 2001).

De plus, les auteurs notent que les femmes ne sont pas les seules à subir les conséquences de leur accouchement ; leurs conjoints sont également plus ou moins touchés par des troubles de la fonction sexuelle selon la façon dont leur compagne a donné naissance.

Les auteurs suggèrent par la suite d'étudier de manière plus approfondie les risques et les bénéfices de la césarienne élektive, tant sur les plans physique que psychologique (Goldberg et al., 2005). De plus en plus de femmes en font la demande par peur de la douleur, désir de sécurité ou encore impatience de la naissance (Buhling et al., 2006). Celles-ci sont souvent issues de milieux aisés (Koken et al., 2007), les femmes de niveau socio-économique plus bas craignant souvent le fait de subir une opération (van Bogaert, 2004).

Les auteurs relativisent ensuite leurs propos, notant que le mode d'accouchement n'est pas le seul responsable lors de trouble de la fonction sexuelle dans le post-partum. En effet, un taux bas d'œstrogènes, un chamboulement émotionnel et relationnel (image corporelle, fatigue, couple...) (Baytur et al., 2005) y seraient également corrélés de manière importante tout comme l'ethnie (Ibison, 2005) ainsi que de nombreux autres facteurs (caractéristiques cliniques et réseau de santé des patientes, formation des médecins, caractéristiques hospitalières, choix éclairé des femmes...)(Kraemer, Berlin, & Guise, 2004).

Les auteurs concluent donc par l'association positive des modalités d'accouchement avec la fonction sexuelle. En effet, ils décrivent l'accouchement par voie basse ainsi que tout accouchement compliqué comme un facteur de risque de développer des troubles de la fonction sexuelle dans le post-partum que ce soit chez les femmes ou leur mari. Ils notent également que la fréquence des

rapports sexuels est corrélée, dans leur étude, à la satisfaction sexuelle, cette dernière étant la conséquence et non la cause de l'activité sexuelle.

Ainsi, il est important d'adopter une pratique consciente de ces risques afin, dans la mesure du possible, de les minimiser.

-
- Al-Mufti, R., McCarthy, A., & Fisk, N. M. (1997). Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 73(1), 1-4.
- Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Ozcakir, H. T., Kizilkaya, S., & Caglar, H. (2005). Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. [Comparative Study]. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 88(3), 276-280. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.12.019
- Benedetto, C., Marozio, L., Prandi, G., Roccia, A., Blefari, S., & Fabris, C. (2007). Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. A case-controlled study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 135(1), 35-40. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.10.024
- Brubaker, L., Bradley, C. S., Handa, V. L., Richter, H. E., Visco, A., Brown, M. B., & Weber, A. M. (2007). Anal sphincter laceration at vaginal delivery: is this event coded accurately? [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Obstetrics and gynecology*, 109(5), 1141-1145. doi: 10.1097/01.AOG.0000260958.94655.f2
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 124(1), 42-46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.008
- Goldberg, R. P., Abramov, Y., Botros, S., Miller, J. J., Gandhi, S., Nickolov, A., . . . Sand, P. K. (2005). Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary incontinence: results of the Evanston-Northwestern Twin Sisters Study. [Comparative Study Twin Study]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(6), 2149-2153. doi: 10.1016/j.ajog.2005.08.055
- Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, S., Karasahin, E., & Acikel, C. H. (2007). Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International journal of impotence research*, 19(4), 358-365. doi: 10.1038/sj.ijir.3901546
- Hannah, M. E. (2004). Planned elective cesarean section: a reasonable choice for some women? [Comment]. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 170(5), 813-814.
- Ibison, J. M. (2005). Ethnicity and mode of delivery in 'low-risk' first-time mothers, East London, 1988-1997. [Comparative Study]. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 118(2), 199-205. doi: 10.1016/j.ejogrb.2004.05.002
- Jackson, N., & Paterson-Brown, S. (2001). Physical sequelae of caesarean section. [Review]. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 15(1), 49-61. doi: 10.1053/beog.2000.0148
- Koken, G., Cosar, E., Sahin, F. K., Tolga Ario, D., Duman, Z., & Aral, I. (2007). Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 99(3), 233-235. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.05.031
- Kraemer, D. F., Berlin, M., & Guise, J. M. (2004). The relationship of health care delivery system characteristics and legal factors to mode of delivery in women with prior cesarean section: a systematic review. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 14(3), 94-103. doi: 10.1016/j.whi.2004.04.002
- Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Contreras, R., Nager, C. W., & Luber, K. M. (2006). Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Obstetrics and gynecology*, 107(6), 1253-1260. doi: 10.1097/01.AOG.0000218096.54169.34
- Manthata, A. L., Hall, D. R., Steyn, P. S., & Grove, D. (2006). The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 92(1), 87-91. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.09.020
- Pastore, L., Owens, A., & Raymond, C. (2007). Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *The journal of sexual medicine*, 4(1), 115-123. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00379.x
- Richard, J. L. (2000). Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. *Raisons de santé*, 15.

Richter, H. E., Brumfield, C. G., Cliver, S. P., Burgio, K. L., Neely, C. L., & Varner, R. E. (2002). Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. [Comparative Study]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(5), 1194-1198.

Robinson, J. N., Norwitz, E. R., Cohen, A. P., McElrath, T. F., & Lieberman, E. S. (1999). Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(5 Pt 1), 1180-1184.

Rortveit, G., Daltveit, A. K., Hannestad, Y. S., & Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The New England journal of medicine*, 348(10), 900-907. doi: 10.1056/NEJMoa021788

van Bogaert, L. J. (2004). Mode of delivery after one cesarean section. [Comparative Study]. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 87(1), 9-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.05.015